

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO  
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Por 1 anno . . . . . 50\$000. Por 2 annos . . . . . 50\$000

Vol. XXXV

Maio de 1938

N. 5

## Pathologia microscopica do figado na febre amarella (\*)

**Prof. Paulo Q. T. Tibiriçá**

*Das Universidades de São Paulo e do Paraná.*

Embora pareça desnecessario que se escreva ainda sobre a histo-pathologia do figado na febre amarella, ha factos que vêm demonstrar o contrario.

A questão da histo-pathologia do figado amarellico ainda não está completamente estudado. Ha pontos, e numerosos, que ainda não foram sufficientemente pesquisados e elucidados.

Por outro lado, mesmo que nada mais houvesse a ser estudado ahi, não seria demasia repisar o assumpto. De facto, a importancia pratica do conhecimento da histo-pathologia do figado amarellico nos estudos epidemiologicos é de todos conhecida. O que infelizmente ainda não é de todos conhecido é o quadro histo-pathologico do figado na febre amarella. Isto é devido em parte á leitura de trabalhos muito antigos, escriptos antes que Councilman, Rocha Lima e Hoffmann se occupassem do assumpto. A descripção mais ou menos esquematizada do quadro devemos incontestavelmente a Rocha Lima. A prova do desconhecimento do quadro histo-pathologico do figado amarellico por pessoas de responsabilidade, nos é dada por Bablet (1) que dá como quadro: "esteatose de intensidade variavel, porém nem sempre importante e sem localização electiva, acompanhada de necrose ex-

(\*) Trabalho do Departamento de Anatomia e Physiologia Pathologicas da Faculdade de Medicina do Paraná.

tensa dos territorios cellulares; infiltração leucocytaria diffusa nos lobulos, condensada em massas perivasculares nos espaços porta e na qual participam igualmente mono e polynucleares e integridade das vias biliares e dos grandes vasos". Para quem já viu um figado amarillico ao microscopio, dispensam-se commentarios. Mais adiante diz o auctor que a unica causa de erro são certas intoxicações fulgurantes. Diz ainda mais ter Petit verificado ser impossivel o diagnostico histologico da febre amarella no figado dos macacos.

Mas ainda ha mais. Jungmann (2) ao descrever o quadro clinico da fabre amarella da qual soffreram seus collegas Kuczynski e Hohenadel, faz considerações sobre a pathologia, dizendo que a necrose no figado é centro-lobular e que ha accumulo de leucocytos no figado, produzindo-se por isso leucopenia. Do mesmo estylo é o trabalho dos que serviram de pacientes ao trabalho anterior, isto é, Kuczynski & Hohenadel (3) que tambem citam a necrose centro-lobular "conhecida desde os trabalhos de Fischler, Herxheimer e sobretudo Rocha Lima".

Temos portanto razão ao affirmar que ainda é necessario que se estude a histo-pathologia do figado amarillico.

## HISTORICO

E' difficil dizer-se quem primeiro se occupou do estudo da anatomia pathologica da febre amarella. Mesmo no trabalho de O. Penna e R. Figueiredo (4) no qual os auctores estudaram a fundo a historia da anatomia pathologica da febre amarella, exhumando interessantes publicações antigas, não se pode chegar a conclusão nenhuma a respeito. Os trabalhos mais antigos citados pelos referidos auctores são os de Costa Alvarenga (1857) Dutroulau (1868), Saint-Vel (1868). Nestes trabalhos, conseguiram verificar que quem primeiro se occupou do assumpto foi Catel (1838), que se referiu á esteatose, sendo seguido por outros, que descreveram a mesma cousa, com pequenas variantes. Um passo á frente foi dado por Klebs, que descreveu as cellulas necrosadas do figado, considerando-as como amebas. Em 1890, Councilman (citado por diversos auctores) considera-as como cellulas necrosadas, encontradas na febre amarella. Entretanto não as considera especificas da febre amarella, como se vê, entre outros, no trabalho de Klotz & Belt (5). A Rocha Lima vemos o reconhecimento dessas necroses como especificas da febre amarella. Quem entretanto firmou decisivamente o valor das necroses descriptas por Councilman para o diagnostico da febre amarella no figado, foram Penna & Figueiredo (4).

Ao redor da necrose, eixo do diagnostico histo-pathologico da febre amarella no figado, gravitaram especialmente a estea-

tose, a localização predominantemente medio-lobular das lesões e outras lesões que por não serem constantes, são de menor importância.

A ultima aquisição, de grande valor scientifico, porém de pequeno valor diagnostico, pelo menos na febre amarella humana, vem a ser as inclusões nucleares descriptas por M. Torres (6, 7, 8 e 9), confirmadas plenamente pelos trabalhos de Cowdry & Kitchen (citados por diversos auctores).

Numerosos são os trabalhos publicados a respeito da histopathologia do figado na febre amarella. Deixaremos para citá-los, quando fizermos o estudo da mesma, baseado nelles e em nossas observações.

### O NOSSO TRABALHO

O nosso trabalho é baseado em um conjunto de 100 amostras de figado, que nos foram gentilmente enviadas pelo Serviço de Febre Amarella, para o qual trabalhámos nos primeiros tempos da invasão do Paraná por esse terrível mal, que aqui existe actualmente apenas sob a forma sylvestre. Algumas delas foram obtidas em necropsias por nós feitas em nosso Departamento para aquelle Serviço. Infelizmente para nós, desse material todo, bem poucos eram de febre amarella. Teríamos desistido de fazer o presente estudo, se não fossem duas circunstancias: ser material regional e haver um caso muito interessante, que por si só valeria para um trabalho.

Classificámos todo o nosso material, tendo obtido a seguinte tabella:

<i>Processo pathologico</i>	<i>N.º de casos</i>	<i>Puros</i>	<i>Impuros</i>
Febre amarella. . . . .	18	18	0
Angiocholite ligeira . . . . .	16	9	7
Angiocholite . . . . .	15	10	5
Esteatose infiltrativa . . . . .	14	9	5
Congestão passiva chronica . . . . .	11	6	5
Malaria . . . . .	6	0	6
Normaes . . . . .	6	—	—
Tuberculose miliar . . . . .	5	2	3
Necroses (excepto aguda toxica) . . . . .	4	1	3
Figados ligeiramente pathologicos . . . . .	4	—	—
Cirrroses . . . . .	4	4	0
Inflamações agudas do parenchima. . . . .	4	2	2
Myeloses . . . . .	3	3	0
Necrose aguda toxica . . . . .	3	3	0
Esteatose degenerativa (x) . . . . .	3	2	0
Congestão porta. . . . .	1	1	0
Hemosiderose. . . . .	1	1	0

(x) Não computados os casos de febre amarella e de necroses.

## ESTUDO DAS LESÕES HEPATICAS

Vejamos agora a histo-pathologia do figado na febre amarella.

Em essencia, nós vamos encontrar a associação de dois processos pathologicos: a necrose descontinua com hyalinização e a esteatose. Os demais processos encontrados não são tão frequentes como a esteatose. Esses dois processos têm como sede de predilecção, a corôa média do lobulo hepatico (corôa e não zona como em geral os anatomo-pathologistas chamam essa porção do lobulo. Devemos respeito á geometria).

Façamos agora o estudo mais ou menos minucioso dos processos pathologicos encontrados no figado amarillico.

Começemos pela necrose descontinua que como já vimos foi entrevista por Klebs e descripta por Councilman, sendo mais tarde considerada especifica da febre amarella por H. da Rocha Lima, (10, 11, 12 e 13) que entretanto não a considerava como signal sufficiente para o diagnostico achando ser necessaria para isso a associação á esteatose e a sua localização médio-coronal. Foram Penna e Figueiredo (4, 14 e 15) que affirmaram pela primeira vez ser a necrose descontinua pathognomonica da febre amarella. Mesmo assim, em um dos trabalhos (14) dizem que ao serem encontradas taes cellulas, deve ser verificado que "a) perdem as relações de continuidade com as outras cellulas hepaticas normaes ou tambem necrosadas (necrose em fóco); b) perdem o contorno polygonal tornando-se mais ou menos ovoides (ameboides); c) são em geral menores do que as cellulas normaes; d) o protoplasma é altamente acidophilo; e) torna-se o cytoplasma hyalino, homogeneo, pelo desaparecimento das granações finas (methodo de Régaud); f) na sua maioria sem pycnose ou caryorrhexe, outras vezes não mostram nucleos ou apenas deixam ver uma sombra do nucleos sem afinidade pelos corantes basicos (caryolyse, chromatolyse); g) nessas cellulas, em geral a necrose coincide com a degeneração gorda".

Vemos portanto que Penna e Figueiredo chamam a attenção em g para a esteatose. Mas mesmo assim dão grande valor á necrose descontinua no diagnostico histo-pathologico da febre amarella no figado, no que estamos de pleno accordo.

Em geral a necrose descontinua é descripta começando em uma porção do cytoplasma, sendo portanto parcial (Klotz (5, 16) Hudson (17, 18). Examinando cuidadosamente nossos preparados, vimos que porções de cytoplasma cellular tornavam-se mais fortemente eosinophilas ao redor de ductos biliares. (fig. 1). Não temos elementos para julgar se essa maior eosinophilia seja um estado precursor ou não da necrose. Não a encontramos em



todos os casos, mas apenas nos menos avançados e com poucas horas de morte. Os auctores descrevem depois a cellula necrosada, tomando uma forma elliptica ou arredondada, comparando-as quanto á forma a amebas. Dizem que a manipulação faz retrahir a cellula necrosada, fazendo-a ficar pequena para o lugar que occupava anteriormente, sobrando assim um espaço claro ao seu redor. A cellula torna-se mais eosinophila, o nucleo soffre degenerações variadas ou desaparece. Alguns auctores referem-se á presença de vacuolos no cytoplasma na cellula necrosada. Achamos que em geral se chama pouco a atenção para esse

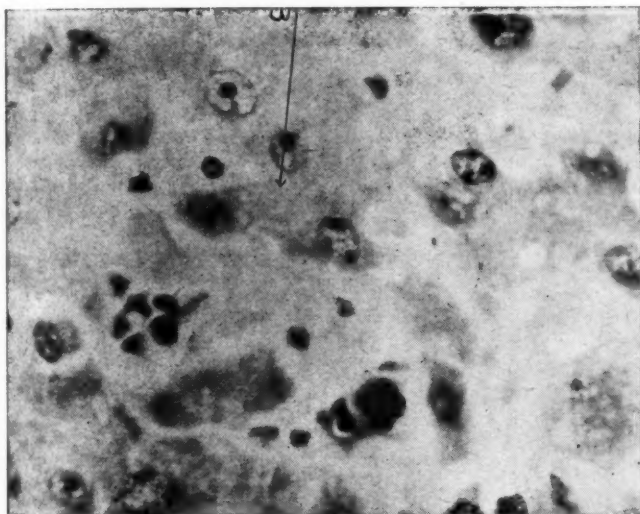


Fig. 1 — em *a*, vê-se o início da hyalinização ao redor de um canaliculo biliar.

Fig. 1 — We see in *a*, the beginning of the hyalinization around a bile canaliculum.

facto, que na nossa opinião é a regra. Em nosso material sempre achamos enorme difficuldade em encontrar cellulas necrosadas sem vacuolos o que só conseguimos em casos com pouca esteatose. Um aspecto muito interessante das cellulas necrosadas é a presença, ás vezes, de um anel tambem eosinophilo que a envolve, tendo uma porção espessada onde se encontra o nucleo em crescente e em regressão (fig. 2). Rocha Lima (11) acha que sejam cellulas de natureza phagocytaria. Estamos de accordo com isso e temos mesmo a impressão de que taes cellulas tenham phagocytado cellulas necroticas, dada a falta de uma

autolyse rapida das mesmas e tenham perecido. A's vezes temos visto aspectos que nos dão a impressão de que a cellula necrosada que temos diante de nós seja de Kupffer e não hepatica. Aliás as cellulas mesenchymaes tambem são sensiveis á febre amarella, como nos provam as lesões encontradas por Klotz e Belt (19) no baço. Algo interessante é o comportamento do nucleo das cellulas necrosadas. A's vezes se encontram cellulas necrosadas com o nucleo central, arredondado, pouco alterado o que é raro; outras vezes e isso frequentemente elle se achata e se

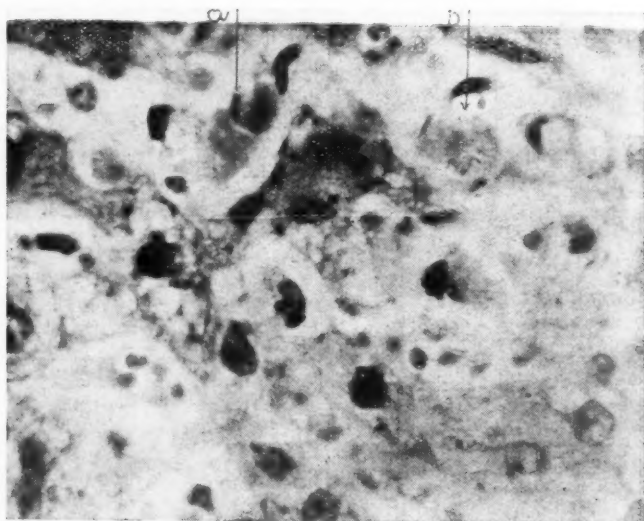


Fig. 2 — a) nucleo em crescente e em regressão, pertencente a uma cellula em anel necrosada que envolve uma cellula necrosada. b) cellula necrosada com deposito de pigmento.

Fig. 2 — a) crescent-shaped nucleus in regression, belonging to a necrosed ring-shaped cell which surrounds a necrosed cell. b) necrosed cell with pigment deposit.

adelgaça mais no meio do que nas extremidades, parecendo-se com um 8 cheio. Em alguns casos pudemos observar a transformação do nucleo em bastões com arranjo em leque. Frequentemente o nucleo desaparece de todo. Em um caso, que citamos mais por curiosidade, achámos cellulas que lembram muito amebas, mas não estavam necrosadas e nem produzião a menor alteração ao seu redor. Com certa frequencia pode-se encontrar pigmento biliar sob a forma de granulos, dentro das cellulas necrosadas, (fig. 2) o que aliás já foi largamente descrito.

Para finalizar nossas considerações sobre a necrose descontinua, lembramos terem Penna e Figueiredo (14) chamado a atenção para o facto de as cellulas necrosadas perderem a continuidade com as cellulas hepaticas vizinhas.

Passemos á esteatose, que antes dos estudos de Councilman, Rocha Lima e Penna & Figueiredo e outros era o ponto central do diagnostico histo-pathologico da febre amarella. E não só do diagnostico, mas tambem do conceito da pathologia da febre amarella. Sinval Lins (20) refere-se á concepção de Sodré & Couto, segundo a qual a febre amarella seria uma poly-esteatose visceral. De facto, na febre amarella encontramos esteatose não só no figado, como fóra delle, como se depreheende dos trabalhos de Lloyd (21, 22 e 23), Cannell (24), Magalhães (25), Jacok, Fialho & Villela (26 e 27). Mais tarde entretanto essa concepção foi substituida por Sinval Lins (20) pela de "nephro-hepatose aguda acompanhada de esteatose generalizada". Vemos portanto que a esteatose passou de elemento primordial, para elemento secundario.

Rocha Lima (10, 11, 12) descreve a esteatose da cellula hepatica na febre amarella, localizando-a mais nas corôas externa e interna do lobulo. A cellula apresenta vacuolos pequenos, que pelo Sudan III se revelam occupados por gorduras. Esses vacuolos são pequenos nos casos incipientes e augmentam de volume á medida que a cellula apresenta alterações mais graves, até que o cytoplasma se transforme em uma verdadeira espuma. O nucleo não apresenta regressão. Klotz e Belt (5) descrevem a esteatose localizando-a ou na corôa média ou junto della. E' esta ultima a localização que se observa quando a necrose attinge muitas cellulas da corôa média. Aham que em geral não se pode distinguir se se trata do typo infiltrativo ou degenerativo. Consideram-na muito variavel na sua intensidade. Pelo sulfato de azul de Nilo concluíram que a gordura depositada era representada por gorduras neutras e que alguns grânulos eram de acidos graxos.

Nós a encontramos em todos os nossos casos, mesmo no S — 140-36, no qual as lesões eram incipientes. Nesse caso ella attingia grupos de cellulas, localizadas ás vezes, porém nem sempre, ao redor de cellulas necrosadas. Vimos nesse caso cellulas necrosadas sem encontrarmos cellulas em esteatose ao redor. O typo era em geral degenerativo. Raras vezes encontravamos uma ou outra cellula com o typo infiltrativo. Quando nos referimos aqui a typo infiltrativo e degenerativo, o fazemos sob o ponto de vista morphologico puro. Do ponto de vista da essencia do processo, nos occuparemos mais adiante. A intensidade do processo era muito variavel. Não pudemos relacionar essa variação com nenhum outro elemento do quadro histo-pathologico, nem com idade, duração da molestia e horas de mor-

te. Achamol-a entretanto em geral bastante intensa e mais frequentemente com localização preferida junto á corôa de maior intensidade da necrose. A não ser nos casos ligeiros, só encontramos cellulas sem esteatose bem na periphéria e bem no centro do lobulo, mais facilmente no centro. Quanto ao typo da gordura, só as encontramos isotropicas ao exame micropolariscopico feito em todos os casos em dois preparados por congelação, um corado pelo Sudan III e outro sem corar, apenas montado. Só muito raramente entreviamos luminosidades fracas no campo escuro.

As dosagens feitas do conteúdo gorduroso do figado na febre amarella, nada nos adiantam a esse respeito, pois quer as de Frobisher (28), quer as de Fialho, Bicalho & Pacheco (29) só se referem a um augmento total das lipides, sem discriminação de typos.

Sobre a inchação turva occupam-se apenas alguns auctores. Deixamol-a de lado por ser o nosso material improprio para o seu estudo. Somos de opinião que um estudo desse genero nos obriga a usar material retirado no maximo até 4 ou 5 horas após a morte e fixado e lidado cuidadosamente. Isso só pudemos obter em uma necropsia feita aqui no Departamento. Mesmo nesse caso o estudo da inchação turva ficou prejudicado pela presença de outros processos pathologicos que a mascaravam mais ou menos.

Uma questão muito interessante é a dos pigmentos biliares. Diz Rocha Lima (11) que os capilares biliares estão bem conservados nas zonas não alteradas do parenchyma, ao passo que são difficilmente demonstraveis nas zonas necroticas. Além disso diz o auctor que não se encontram thrombos, nem dilatação devido á estase biliar. Já Klotz e Belt (5) dizem que em cerca de 80 % dos casos humanos e animaes, acha-se um deposito moderado de um pigmento granular finamente dividido, tanto nas cellulas hepaticas quanto nas de Kupffer. Acham a natureza desse pigmento obscura, porém provavelmente de origem biliar. A's vezes encontraram fios de bile espessada dentro dos canaliculos.

Nós encontramos esse pigmento não em 80 % dos casos, porém em todos. Em 7 casos havia tambem cylindros biliares, que muitas vezes só eram descobertos com immersão. (fig. 3). O pigmento era visivel sob forma granular ou de cylindros nas cellulas hepaticas centro-lobulares e muito raramente nas outras porções do lobulo. Nas cellulas de Kupffer esse pigmento tambem se depositava, porém não havia o mesmo grão de preferencia para localização observado com as cellulas hepaticas. As cellulas de Kupffer mostravam-se nesses casos muito augmentadas de volume e com seu cytoplasma carregado de pigmento. Frequentemente tratava-se de cellulas de Kupffer satellites de cellulas necrosadas, com intensa esteatose ou ainda muito carregadas de

pigmento. Como já dissemos, algumas cellulas necrosadas apresentavam tambem esse pigmento. Não pudemos relacionar a presença dos cylindros com outros dados que possuíamos.

Um outro assumpto a ser tratado vem a ser as alterações nucleares das cellulas hepaticas na febre amarella.

A mais importante é incontestavelmente a chamada degeneração oxychromatica, descripta a primeira vez por Torres (6) e confirmada e minuciosamente estudada por Cowdry & Kitchen (citados por Klotz e Belt (5) e Torres (7, 8 e 9). Pela sua descoberta poudese enquadrar a febre amarella no grupo das moléstias produzidas por virus filtraveis. Não nos occupámos desse

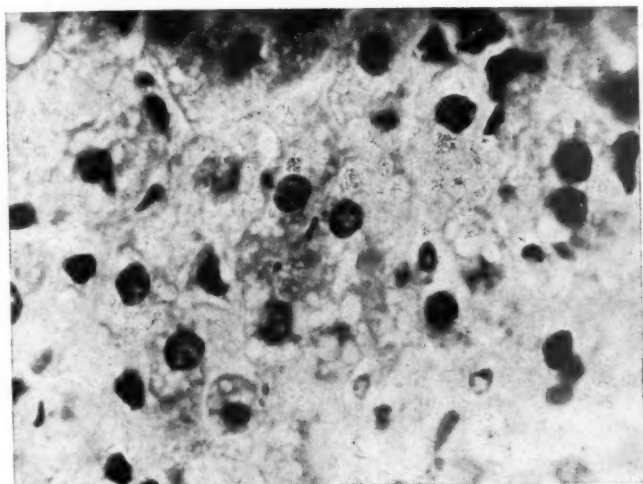


Fig. 3 — retenção granular de pigmento e cylindro biliar.

Fig. 3 — granular pigment retention and bile cast.

assumpto por varios motivos, entre os quaes a falta de corantes apropriados e principalmente o facto do seu estudo minucioso ter sido feito por Torres, Cowdry & Kitchen. Como curiosos, procurámos reconhecê-la em cortes corados pela hematoxylina-eosina, com dois minutos apenas de coloração na hematoxylina de Weigert. Suppomos ter encontrado algumas vezes a lesão, entre outros no nucleio que se vê na figura 4.

Entre outras alterações nucleares, citam Klotz & Belt a existencia de diversas alterações nucleares na cellula hepatica do amarellico, que porém não são especificas. Chamam a atenção para a differença do aspecto do nucleio nos cortes por congelção e por inclusão em parafina, achando que nesta ultima o nucleio ap-

parece "lavado" ("washed-out"). Muito da chromatina parece ter sido perdida enquanto o resto assumiria forma granular, collocando-se em amontoados junto á superficie interna da membrana nuclear e externa do nucleolo, parecendo opticamente vazio o resto do cytoplasma. Frequentemente havia dois ou tres nucleolos.

Não achámos taes alterações como as descrevem Klotz & Belt. Em geral viamos os nucleos augmentados de volume, mais claros e com um fino reticulo chomatinico cujas malhas se inseriam na membrana nuclear e nos nucleolos. A's vezes esse reticulo apresentava-se roto em alguns pontos. Outras vezes mostrava um

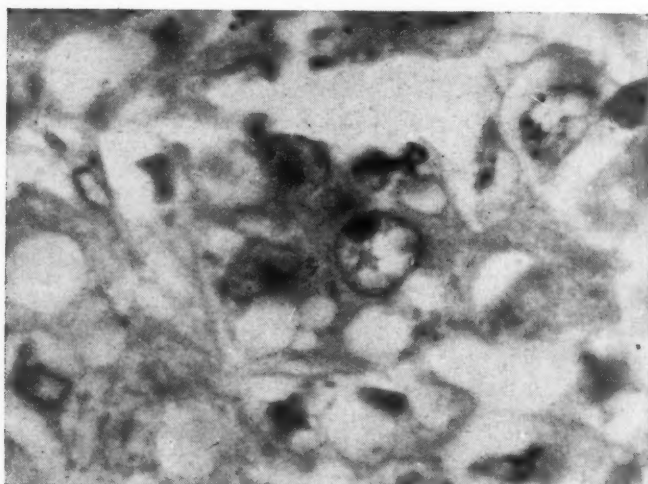


Fig. 4 — Alteração do reticulo chromatinico do nucleio, com a presença de uma formação em borboleta.

Fig. 4 — Chromatinic reticulum change of a nucleus with a butterfly-like structure.

ponto condensado, de tonalidade rosea, ao redor do qual elle se mostrava rarefeito ou desapparecido. Quando a tonalidade rosea era intensa e ao redor do reticulo condensado havia uma orla clara, concluiamos pela provavel existencia de degeneração oxychromatica (fig. 4).

Isso deixando de lado as demais alterações nucleares, que se encontram tambem em outras degenerações cellulares.

Interessantes são figuras semelhantes a mitoses, que por vezes se encontram nas cellulas hepaticas e que ás vezes são descriptas como mitoses. Rocha Lima (11) por exemplo diz: "A's vezes acham-se justamente nas cellulas em esteatose, vi-



zinhas às partes necroticas, ou mesmo em taes cellulas que estão completamente rodeadas por cellulas necrosadas, nucleos em estado de divisão mitotica". Hudson (17), nega a existencia de mitoses em figados de macacos com febre amarella. Klotz & Belt (5) referem-se a alterações nucleares que se assemelham a mitoses, encontradas em cellulas vacuolizadas ou granulosas, que pareciam às vezes resultar de uma explosão do nucleo. Apenas uma vez acharam mitose verdadeira, com corpos polares e filamentos achromaticos. Estudando a questão, verificámos em primeiro lugar que são raros os casos que apresentam tal

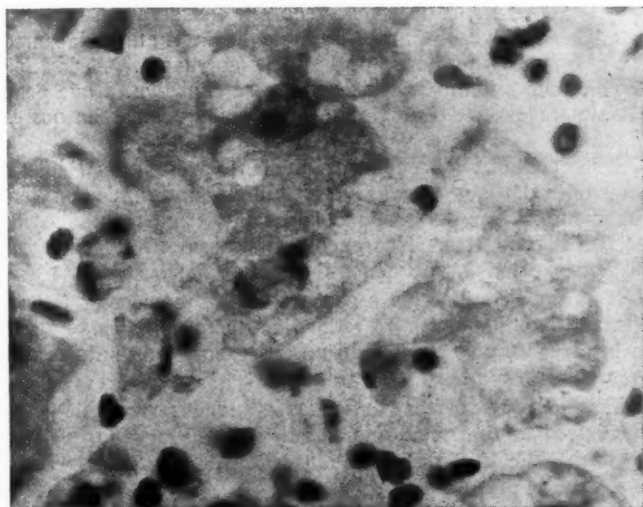


Fig. 5 — Mitose em cellula esteatosada.

Fig. 5 — Mitosis in a steatosed cell.

processo. Depois achámos, nesses casos, nucleos cujo reticulo chromatinico se espessava em curtas extensões, dando a impressão de que pelo progredir da espessidão havia a ruptura do reticulo. Não conseguimos entretanto achar figuras intermedias entre este estadio e o estadio final pseudo-mitotico no qual a chromatina se acha sob a forma de bastões recurvos mais ou menos agrupados em desordem. Como Klotz & Belt, só uma vez vimos uma verdadeira mitose, com filamento achromatico. A cellula está reproduzinda na fig. 5, mas filamentos não conseguimos microphotographar.



Terminando o estudo das alterações da cellula hepatica, occupamo-nos agora dos seios venosos e trama conjunctiva e canaes nella existentes.

Os seios venosos permanecem integros segundo a maioria dos auctores. Ha alterações descriptas, porém nas cellulas de Kupffer, da qual já nos occupámos ao estudar os pigmentos existentes no figado amarillico.

A congestão é frequentemente descripta sendo que Rocha Lima a localiza na corôa média do lobulo, onde tambem a necrose é mais intensa.

Em nossos 18 casos achámos congestão oito vezes, todos elles na corôa média. Em duas dessas vezes havia congestão, mas via-se perfeitamente que os seios venosos conservavam-se integros. Nas outras seis vezes parece-nos que havia ruptura da parede e extravasamento sanguineo, portanto hemorrhagia. Aliás Klotz & Belt (3) acham que o reticulo sempre se conserva, o que permite a perfeita regeneração do figado após a febre amarella nos casos não fataes.

Os accumulos leucocytarios, de tanto valor para Bablet (1), são encontrados sómente ás vezes, porém preferindo em geral a corôa média. Em geral são coisiderados como consequencia de infecções secundarias. Nós encontrámos isso só em um caso, no qual havia accumulos pequenos de neutrophilos.

Na trama conjunctiva e seus canaes ha com certa frequencia infiltração lymphocytaria ao redor dos ductos biliares. Entretanto essa infiltração, pelo menos em nossos casos, era muito discreta e ás vezes faltava mesmo completamente.

Terminámos pois o estudo das alterações morphologicas encontradas histologicamente no figado amarillico.

Resumindo, podemos dizer que o diagnostico histologico da febre amarella se baseia nos seguintes pontos.

1.º — Existencia de cellulas hepaticas necrosadas isoladas, fortemente acidophilas, as quaes assumem formas arredondadas, despregando-se das cellulas vizinhas. Essas cellulas podem apresentar-se em grupos. Em geral ellas são multivacuolizadas. Sua localização predominante é na corôa média do lobulo, sendo tambem encontradas nas corôas externa e interna, porém nunca na primeira camada de cellulas hepaticas junto á veia centro-lobular e ao espaço porta.

2.º — Existencia de uma esteatose do typo multivacuolar de intensidade variavel que em geral é mais intensa aos lados da corôa onde abundam as necroses.

3.º — Alterações nucleares diversas, entre as quaes destacamos a degeneração oxychromatica, embora não constante no homem.

4.º — Depósito de pigmento de origem provavelmente biliar, nas células hepáticas centro-lobulares e de Kupffer.

5.º — Congestão da corôa média do lobulo, às vezes simulando hemorragias.

6.º — Conservação do reticulo e da trama conjunctiva do figado.

De todas essas lesões as mais importantes são a necrose descontinua e a esteatose, principalmente a primeira, a qual, uma vez bem conhecida, permite ao histo-pathologista o diagnostico da febre amarella só por ella.

Quanto á especificidade desse quadro para a febre amarella ha um accôrdo geral. Só conhecemos uma voz dissonante: é a de J. B. Lloyd (31) que negou o diagnostico de febre amarella em casos de Guayaquil, diagnosticados clinicamente como febre amarella e histo-pathologicamente confirmados (por Klotz). Baseia-se J. B. Lloyd para essa negação no facto de não encontrar positiva a prova da protecção nos habitantes de Guayaquil. Além dos trabalhos já mencionados anteriormente, apoiam a especificidade desse quadro histologico para a febre amarella, os trabalhos de Torres (32) Klotz & Belt (33). Este ultimo estudou comparativamente as lesões amarillicas da Africa e America, achando apenas pequenas variações. Vemos pois que a voz de J. B. Lloyd é isolada.

### CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESSENCIA DAS ALTERAÇÕES HEPATICAS.

Um facto que muito nos impressionou ao percorrermos a bibliographia sobre as alterações hepáticas na febre amarella, foi a ausencia quasi absoluta de considerações sobre a essencia dos processos observados.

Assim por exemplo, os auctores citam a necrose descontinua, com hyalinização, etc, mas não fazem a menor consideração sobre a essencia do processo. Sua curiosidade não foi despertada nem pela retractibilidade da cellula necrosada, nem pela difficil lyse. Contentaram-se em verificar a existencia dos dois factos e nada mais. Por outro lado os biochimicos não trataram tambem do assumpto, que é de muita importancia, ao que nos parece.

Já com a esteatose, nós vemos Rocha Lima consideral-a não como degenerativa, baseado na ausencia de regressão nuclear. Mas é só.

Outra questão a nosso ver de alguma importancia é a do comportamento dos constituintes da bile na febre amarella. Veremos mais adiante algo a respeito.

Quaes os processos intimos que se passam na cellula hepatica séde de alterações amarillicas? Quem lê despreoccupadamente a literatura a respeito conclue serem os mesmos que costumámos considerar a respeito das degenerações em geral, como por exemplo, alterações do estado colloidal do cytoplasma na inchação turva, perturbações do aparelho fermentativo da cellula nas esteatoses degenerativas e assim por diante.

E porque essa conclusão? Por não se encontrar nenhuma referencia a respeito na literatura.

Talvez os anatomo-pathologistas nunca se ocuparam disso, por acharem caber tal aos biochimicos e não a elles. Mas penso que por um lado os anatomo-pathologistas erraram. Se por acharem que muitas vezes o silencio é de ouro nada disseram, deviam ter então chamado a attenção dos biochimicos incitando-os a esse estudo. Muito bem fizeram de não invadir seára alheia.

Nós entretanto vamos quebrar essa reserva e fazer considerações sobre a essencia desses supracitados processos, para ver se logramos interessar os especialistas da biochimica no assumpto.

Não é facil a tarefa, pois para que haja alterações cellulares tão complicadas como vemos na febre amarella, deve haver profundas alterações biochimicas nas mesmas.

Peço permissão aos biochimicos para desageitadamente lhes invadir a seára.

Vamos considerar os processos que suppomos se deem na cellula hepatica do figado amarillico, quando ellas nos apresentam os caracteristicos da inchação turva, esteatose, necrose hyalina e alterações pigmentares.

Na inchação turva suppomos que se trata apenas de uma alteração do grão de dispersão dos emulsoides proteicos das cellulas, como em qualquer outro caso de inchação turva. Não apresenta pois, interesse particular.

A esteatose é muito interessante, porque apresenta a multivacuolização cytoplasmatica do typo degenerativo e a conservação do nucleo, do typo infiltrativo. E' verdade que essa inalterabilidade do nucleo é apenas relativa, pois muitas cellulas o apresentam com as alterações já descriptas. Porém as graves alterações nucleares no figado amarillico só são encontradas nas cellulas necrosadas. Essa relativa conservação do nucleo é que levou Rocha Lima (12) a considerar a esteatose da febre amarella como não degenerativa. Não estamos de accôrdo com Rocha Lima sob esse ponto de vista, pois uma cellula pode estar em degeneração, sem alterações nucleares diagnosticaveis. E' mesmo sobre a presença ou ausencia das alterações nucleares que nos baseamos para concluir sobre a possibilidade ou não de *restitutio ad integrum* da cellula degenerada. O que caracteriza, a nossa

ver, o tipo degenerativo da esteatose é a presença de um estadio degenerativo da cellula onde se pode ver a gordura, esteja este estadio degenerativo representado por alterações nucleares, ou dê em consequencia a conservação da multivacuolização cytoplasmatica nos estadios avançados do processo. Sabemos que no typo chamado infiltrativo ha confluncia das gotticulas gordurosas em uma unica, desaparecendo assim o multivacuolização. O que é muito interessante na esteatose hepatica da febre amarella é a conservação do nucleo ou a ligeireza das suas alterações em cellulas nas quaes o numero e tamanho dos vacuolos já attingiram um grão muito avançado. Como explicar isso? Sabemos que as gorduras contidas no cytoplasma celular se acham em um estado de emulsão tão fina, que os nossos meios communs de

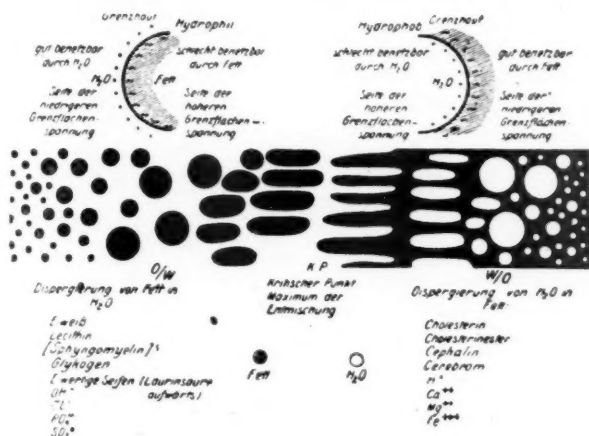


Fig. 6 — Esquema de Degkwitz.

Fig. 6 — Degkwitz scheme.

investigação histo-química não nos permitem sua visibilidade. E' facto sabido que em tecidos nos quaes os methodos histo-químicos mais finos não revelaram a existencia de gorduras, o exame chimico revela ás vezes grandes quantidades. Para que possa haver uma emulsão gordurosa tão fina com a quantidade de gordura existente na cellula hepatica normal é preciso haver mecanismos de regulação e protecção muito complicados. Uma emulsão de gordura em agua pode, sob certas condições, ser transformada em uma emulsão de agua em gordura, mediante adicção ou subtracção de certos elementos, como se pode ver bem na figura 6 onde reproduzimos o esquema de Degkwitz. Nelle vemos á esquerda representada uma fina emulsão de gordura em agua. A' medida que nos encaminhamos para a direita vemos

essa emulsão tornar-se cada vez mais grosseira até chegar á desmistura, para dahi por diante vermos uma emulsão de agua em gordura, emulsão essa cada vez mais fina.

Ora, é bem possivel que na febre amarella haja variações quantitativas das substancias emulgentes do cytoplasma da cellula hepatica, que tragam como consequencia uma diminuição do gráo de dispersão das gorduras. Por outro lado sabemos, pelos trabalhos de Frobisher Junior (28) e Fialho, Bicalho & Graziella Pacheco (29), que ha um augmento da quantidade de lipides no figado amarillico. Entrariam pois em jogo dois motivos do apparecimento de gotticulas gordurosas no cytoplasma da cellula hepatica do figado amarillico. Um representado por modificações quantitativas das substancias emulgentes e outro pelo augmento quantitativo das lipides. Uma das substancias emulgentes assignaladas no quadro de Degkwitz é o glycogenio. Nós sabemos que a quêda quantitativa do glycogenio hepatico na febre amarella é um facto verificado desde Alvarenga e confirmado por numerosos auctores. Poder-se-á dizer que isso explicaria apenas a esteatose hepatica e não a de outros organs, observada na febre amarella. Isso entretanto nada quer dizer. Pode bem ser que o organismo lance mão do glycogenio como emulgente na cellula hepatica e use de outros factores como emulgente em outras cellulas. Por outro lado sabemos quão profundas são as alterações biochimicas das cellulas na febre amarella, o que nos deixa a gosto para conjecturar, que fôra do figado ha numerosas substancias cujas alterações quantitativas nos expliquem a esteatose sem a intervenção da falta de glycogenio.

A necrose das cellulas hepaticas na febre amarella apresenta um caracteristico muito interessante: ella freia fortemente a autolyse, como chamavam a attenção principalmente Klotz & Belt (30).

Nós sabemos que nas necroses em geral a cellula soffre lyse, seja autolyse, seja lyse por agentes extranhos á cellula. As excepções mais communs são as necroses de caseificação e a da febre amarella, nas quaes a lyse é muito retardada. Nas necroses de caseificação nós sabemos que os seus agentes moribidos impedem a acção de fermentos que porventura chegassem ao contacto com os tecidos necrosados, dahi a falta de lyse. Isso acha-se facilmente em qualquer tratado de pathologia. Mas no caso da febre amarella nós não achámos ainda a explicação da frenação da autolyse, nem mesmo nos trabalhos escriptos sobre o assumpto.

Segundo nosso modo de ver, a necrose da cellula hepatica na febre amarella, deve ser muito rapida, pois conservam-se os vacuolos que a esteatose já teve tempo de produzir no cytoplasma, o que muito raramente se vê nas esteatoses acompanhadas

de necrose. Em geral quando ha essa concomitancia, dá-se a desintegração da cellula. Na febre amarella, a cellula se mantém firme, não se desintegra. Não se autolysa, não se desintegra. Apenas se retrai e perde a continuidade com as cellulas vizinhas. A perda de continuidade com as cellulas vizinhas não sabemos se é devida ou não ao tratamento do tecido na manipulação dos preparados, ou já existia no preparado sem fixar. Nunca tivemos a oportunidade de examinar figado amarillico a fresco. Parece-nos entretanto que uma tão grande retracção não possa ser devida tão sómente a artefactos de preparação.

Talvez o que se passe na necrose amarillica da cellula hepatica, venha a ser uma gelificação do cytoplasma, seguida de intensa e rapida synerese, isto é, retracção com perda de agua, phenomeno de envelhecimento colloidal.

Essa synerese iria explicar a difficuldade da lyse da cellula hepatica na necrose amarillica. De facto, nós sabemos que a fibrina recentemente precipitada é lysada com relativa facilidade e que porisso nas inflammações fibrinosas de curta duração ha lyse da fibrina e *restitutio ad integrum* possivel. Quando a inflammação permanece mais tempo, a fibrina soffre a synerese e então entram em jogo novos mecanismos para removê-la, em geral acompanhados de proliferação conjunctiva e neo-formação vascular. De modo que as substancias que soffrem synerese são mais difficilmente atacadas pelos fermentos. A explicação disso deve residir no facto de a synerese, constituindo um encostamento dos ultramicrons uns aos outros com perda de agua, tornar reduzissima a superficie de ataque dos fermentos ao substracto.

Como factor de acceleração da synerese na cellula hepatica amarillica, lembramos, entre outros, o de diminuição da taxa de glycogenio. O glycogenio, assim como a glycose, são antisyncreticos, razão pela qual a thrombose das veias varicosas no tratamento por injeções irritantes de glucides não dá embolias. As glucides por um lado ahi agem como irritantes, produzindo o thrombo. Por outro lado, agindo como antisyncreticos evitam a retracção e consequente destacamento do thrombo.

Perguntar-se-á porque em algumas cellulas hepaticas temos só esteatose e em outras a necrose. E' uma resposta difficil de ser dada, antes que os biochimicos se occupem dos problemas relativos ás alterações cellulares, texturales e mesmo organicas que se dão na febre amarella.

Emquanto elles não estudam o assumpto, creio termos o direito de avançar hypotheses, embora não se passe disso. Muito felizes seremos se a nossa audacia servir de estimulo a novos estudos a este respeito, feitos de futuro por quem de direito e não por extranhos, como nós.



## CONSIDERAÇÕES SOBRE A ICTERICIA AMARILICA

Um problema muito interessante que se encontra ao estudar a pathologia do fígado na febre amarella, é o da ictericia. Problema complexo, pois, como acontece no estudo geral das ictericias, teríamos que considerar factores hepaticos e extra-hepaticos. Occupar-nos-emos e resumidamente, apenas dos factores hepaticos.

Segundo Sinval Lins (20) o primeiro medico que descreveu a ictericia na febre amarella, foi justamente o primeiro medico que descreveu a molestia, isto é, Ferreyra da Rosa em 1694. Dahi por diante é descripta por todos os auctores que se occuparam do assumpto, havendo mesmo trabalhos cuidando exclusivamente desse assumpto.

Quem primeiro cuidou da pathogenia da ictericia da febre amarella, foram J. Frank e G. Blanc, no seculo XVIII, que lembravam a possibilidade de ser a coloração cutanea da febre amarella da mesma natureza daquella que se observa nas ecchymoses (S. Lins (20). Auctores do principio do seculo XIX, sustentaram que a ictericia amarillica era mesmo devida a pigmentos biliares, portanto uma verdadeira ictericia. Ainda conforme Lins, foi durante a epidemia da Martinica (1857) que se descobriu haver duas especies de ictericia na febre amarella: uma que de ictericia só tinha a côr, no fim do primeiro periodo e inicio do segundo e a outra, ictericia verdadeira, por bile, no fim do segundo periodo e convalescença. Sodré & Couto (1910) acharam que a ictericia amarillica não é hepatica, nem hemolytica, porém hematica. A hemoglobina, segundo M. Couto (34) abandonaria a hemacia e seria transformada pelo virus amarillico e assim se explicaria a ictericia. Torres Homem (citado por Oliveira e Souza (35) era da mesma opinião dos antigos, isto é, da dualidade da ictericia amarillica. Zeferino Meirelles (citado pelo mesmo auctor) já a considera hepatogena. Para Oliveira e Souza (35) a ictericia extra-hepatica é algo de duvidoso, achando elle que a ictericia amarillica, pelo menos no segundo periodo, é hepatogena.

Para Klotz & Simpson (36), o S. R. E. tem papel importante na producção da bile. Normalmente seriam apenas as cellulas de Kupffer que produziriam a bilirubina que entregariam ás hepaticas para a excreção. Quando houvesse aptidão do S. R. E para formar bilirubina e a cellula hepatica estivesse apta a excretal-as, não haveria ictericia. A's vezes entretanto, como acontece na febre amarella, o S. R. E. conserva a aptidão biligena, porém a cellula hepatica perde o seu poder excretor para a bile. Nesse caso a bile seria lançada no sangue e haveria ictericia. Nos casos graves de febre amarella, em que ha enfraquecimento funccional do S. R. E., não podia haver ictericia. Para explicar o apparecimento tardio da ictericia em casos de cura, suppõem os aucto-



res que após um periodo com enfraquecimento funcional do S. R. E., portanto ausencia de ictericia, o S. R. E. readquiria sua capacidade biligenica antes que as cellulas hepaticas estivessem em condições de excretar a bile. Rocha Lima (11) prevê a possibilidade da passagem da bile para o sangue, ao nivel das interrupções da trave hepatica pelas necroses. A bile se formaria nas partes centraes do lobulo, mas ao encontrar uma ruptura do canaliculo biliar, iria para os espaços lymphaticos de Disse, que embora tenha sua existencia negada por muitos auctores, tem-n'a acceita por outros, entre os quaes Eppinger (37). Entretanto Rocha Lima parece não se sentir satisfeito com essa explicação, pois diz: "Se estes achados são sufficientes para dar uma explicação satisfactoria da ictericia na febre amarella, tornam-se necessarios os resultados de novas pesquisas para dizer". E' pena que Mendonça Cortez (38) não se interessasse pela ictericia amarillica na sua recente e brilhante monographia sobre ictericias. Aliás isso é explicavel, pois em São Paulo, até 1935, não se cogitava de febre amarella. Só ultimamente, com a extensão da febre amarella do typo sylvestre (Soper (39) e sua invasão no Estado de São Paulo é que o interesse da classe medica paulista de novo a ella se voltou.

Vemos portanto, que de um modo geral se pode acreditar que na febre amarella haja dois typos de ictericia: inicialmente uma ictericia extra-hepatica e depois uma ictericia hepatogena ou talvez mixta. Um estudo interessantissimo a esse respeito seria o da reacção de van den Bergh praticada nos amarellentos diariamente, como fez J. Vellard (40) com a coagulação sanguinea. Na literatura que conseguimos compulsar, achámos poucas referencias á reacção de v. d. Bergh em amarellentos, porém sem que se soubesse em que periodo fôra praticado. Era sempre indirecta.

Pelo que conseguimos ver histologicamente no figado nos casos que examinámos, ha frequentemente accumulo de um pigmento nas cellulas de Kupffer. Para Rocha Lima (11) esse pigmento seria raramente de natureza biliar, ao contrario do que pensam Klotz & Belt (5) que embora achem a origem desse pigmento obscura, inclinam-se a aceitar a sua origem biliar. Na nossa opinião as maiores probabilidades são de tratar-se de pigmentos de natureza biliar, se não a propria bilirubina, ou talvez algum estadio anterior da mesma. Tem-se a impressão, ao examinar os preparados, de que a cellula de Kupffer foi obrigada a guardar um pigmento que a cellula hepatica não quiz, ou melhor, não poudo receber. Não poudo receber, ora por estar muito alterada, ora por estar talvez muito carregada de pigmento, como se vê nas porções centraes dos lobulos. Ahi ás vezes encontrámos mesmo cylindros biliares. Achámos portanto, que ao lado de uma possivel ictericia extra-hepatica, ha certamente uma ictericia hepatogena, por impossi-

bilidade de excreção biliar por parte da cellula hepatica, como pensam Klotz & Simpson (36). E' possivel que em certos casos haja tambem ictericia de retenção, como nos casos em que ha cylindros biliares. Entretanto sua importancia seria minima.

## RESUMO

Este trabalho foi feito com o fim de estudar mais ainda as alterações hepaticas na febre amarella e principalmente dar maior divulgação ao que se sabe a respeito.

Nelle estudámos o que já foi descripto na literatura sendo feita uma comparação com os nossos achados. Foi assim por exemplo, que descrevemos o apparecimento, em raros casos e sempre incipientes, de uma porção cytoplasmatica muito eosinophila ao redor dos ductos biliares, quiçá ponto de partida das necroses descontinuas; chamámos tambem a attenção para a possibilidade de as cellulas de Kupffer tambem soffrerem essa necrose, especialmente ao phagocytarem cellulas hepaticas necrosadas.

Estudando a esteatose sob o ponto de vista da micropolariscopia das lipides, verificámos que as lipides são isotropicas, só raramente sendo perceptivel uma ligeira luminosidade no campo escuro.

Procurámos estudar bem os pigmentos biliares visiveis nos nossos preparados. Achámos sempre sua retenção nas cellulas hepaticas e de Kupffer, sob a forma de granulos. A's vezes vimos cylindros biliares nas traves de Remak. Nas cellulas hepaticas o pigmento era só encontrado na corôa interna do lobulo e nas de Kupffer ahi e onde houvesse cellulas hepaticas alteradas.

Não entrámos no estudo da degeneração oxychromatica.

Nos nucleos das cellulas alteradas descrevemos o seu edema, a principio com a conservação do reticulo chromatinico e depois com alterações varias do mesmo.

Occupamo-nos tambem do estudo da trama de sustentação e vasos do figado, confirmando aliás o que já havia sido anteriormente descripto.

Deixamos de fazer aqui um quadro das alterações histologicas do figado amarillico, por ter sido o mesmo feito á pagina 13.

Depois atrevemo-nos a fazer considerações sobre a essencia de alguns processos pathologicos representados no quadro histologico do figado amarillico.

Assim achámos que a esteatose seja devida de um lado a um accumulo de gordura na cellula e de outro a uma desmistura das mesmas, devido a alterações dos emulgentes normaes da cellula hepatica, entre as quaes a diminuição quantitativa do glycogenio.

A necrose seria acompanhada de phenomenos synereticos rapidos, que trariam como consequencia a sua difficil lyse. Estes seriam intensificados pela diminuição quantitativa do glycogenio, que é antisyncretico.

Finalmente, consideramos ligeiramente a ictericia amarillica, que supomos seja a principio hematogena e depois hepatogena ou mixta, isto quando as alterações hepaticas impediram o curso normal da bile, cellula de Kupffer, cellula hepatica, canaliculos biliares.

### SUMMARY

This work was undertaken in order to study a little more the histological changes of the yellow fever liver. On the other hand we thought necessary a wider divulgation of the present knowledge about the liver pathology in yellow fever.

We described the findings of other authors and added to them our own findings. Among these, we considered the appearance in rare cases and ever in beginning ones, of a strong acidophilic portion of cytoplasm near bile canaliculi, in some liver cells. We thought this perhaps a beginning of the necrosis. We think also on the possibility of a Kupffer's cells necrosis, mainly when these cells phagocyte necrotic liver cells.

Studying the lipids of the cells with steatosis under the micropolariscope, we saw ever isotropic fats. Only in rare cases there was a very faint light in the dark field.

We found ever a bile pigment retention, both in liver and Kupffer's cells. In the liver cells, almost only in those of the central crown (and not "zone", at least accordig to the geometry) of the lobules. In the Kupffer's cells here and where there were necrotic or otherwise damaged liver cells. Sometimes we saw bilecasts in the Remak trabecules, but this only in the central crown.

We did not studied the oxychromatic degeneration.

The nuclear changes, aside those of the necrotic cells, we found to be an edema of the nuclei, at first with an unchanged chromatinic reticulum but after with reticular changes.

Studying the supporting frame of the liver we found only features already described by others.

A summary of the principal feactures of the yellow fever liver under the microscope is already given at page 13.

About the nature of the pathological changes of the yellow fever liver, we made some hypothetical considerations, in order to excite the curiosity of the specialists on biochemistry on this unexplored field.

Always hypothetically we supposed the steatosis being a double-sided change: 1-an accumulation of fat in the liver cell;

2-a change of the emulsion state of the cytoplasm, perhaps mainly due to the glycogen content decrease observed in the liver cell in yellow fever.

The necrosis with slowed lysis is supposed to be bound to the possible presence of rapid synergetic processes, due, this also, in part at least, to the decrease of glycogen.

About the jaundice, we think that at first it is hematogenous, to be after hepatogenous or mixed, when the liver cells damages interfere with the bile pigment course: Kupffer's cells, liver cells, bile canaliculi. We think, agreeing in part with Klotz & Simpson that there are in the yellow fever liver three types of bile pigment disturbances: the principal consisting in the impossibility of the liver cell to receive the pigment from the Kupffer's cells; the opening of bile canaliculi at the point where the liver cord is interrupted by necrosis according to Rocha Lima's idea; a less important and not constant way, bile retention in the cords in the central crown of the lobules.

#### BIBLIOGRAPHIA

- 1 — J. BABLET — *Note préliminaire sur le diagnostic histologique de la fièvre Jaune.* — Bull. Office international d'hyg. publ. 27. 2360. 1935. Resumo em Oficina Sanitaria Panamericana. 15. 795. 1936.
- 2 — P. JUNGSMANN — *Estudo clinico da febre amarella.* — Contribuição á pathologia hepatica. Klin. Wchchr. 1929. Resumo em Brasil Medico. 43. 176. 1929.
- 3 — M. KUCZYNSKI & B. HOHENADEL — *Pesquisas sobre a etiologia e a pathogenia da febre amarella.* — Klin. Wchchr. 1929. Resumo em Brasil Medico. 43. 118. 1929.
- 4 — O. PENNA & B. FIGUEIREDO — *Contribuição ao estudo da histo-pathologia do figado na febre amarella.* — A Folha Medica. 10. 229. 1929.
- 5 — O. KLOTZ & T. H. BELT — *The pathology of the liver in yellow fever.* — The Am. Jour. of Path. 6. 663. 1930.
- 6 — C. MARGARINOS TORRES. — *Alterações nucleares das cellulas do figado nas infecções de Macacus Rhesus e M. Cynomolgus pelo virus da febre amarella.* — Supp. das Mem. do Inst. O. Cruz. 2. 55. 1928.
- 7 — C. MARGARINOS TORRES. — *Sobre a degeneração oxychromatica da cellula hepatica como lesão caracteristica na infecção experimental pelo virus brasileiro da febre amarella.* — Brasil Medico. 42. 1001. 1928.
- 8 — C. MARGARINOS TORRES. — *Intranuclear inclusions in experimental yellow fever.* — Supp. das Mem. Inst. O Cruz. 6. 69. 1929.
- 9 — MARGARINOS TORRES. — *Degeneração oxychromatica ("inclusões intranucleares") na febre amarella.* Mem. Inst. O. Cruz. 2581. 1931.
- 10 — H. DA ROCHA LIMA. — *Gelbfieber.* — Neuen Deutschen Klinik. 3. 738. 1929.
- 11 — M. COUTO & H. ROCHA LIMA. — *Handbuch der Tropenkrankheiten.* — 3. Auf. 1929.

- 12 — H. DA ROCHA LIMA. — *O diagnostico post-mortal da febre amarella.* — A Folha Medica. 7. 169. 1926.
- 13 — H. DA ROCHA LIMA. — *Refutação do artigo de O. Penna e B. Figueiredo, na Folha Medica, sobre a contribuição brasileira para o conhecimento da Pathologia da febre amarella.* — Sciencia Medica. 7. 2. 1929.
- 14 — O. PENNA & B. FIGUEIREDO. — *Diagnostico histo-pathologico da febre amarella pelas lesões de Councilman.* — Brasil Medico. 43. 1549. 1929.
- 15 — O. PENNA & B. FIGUEIREDO. — *As principaes lesões da febre amarella foram descriptas por Councilman e não pelo Dr. Rocha Lima.* — Rev. Bras. Med. e Pharm. 6. 19. 1930.
- 16 — O. KLOTZ. — *Yellow fever in West Africa.* — De Lamar Lectures. 1927-28.
- 17 — N. P. HUDSON. — *The pathology of experimental yellow fever in the Macacus Rhesus. II: Microscopic pathology.* — The Am. Journ. of Path. 4. 407. 1928.
- 18 — N. P. HUDSON. — *The pathology of experimental yellow fever in the Macacus Rhesus. III — Comparison with the pathology of yellow fever in man.* — The Am. Journ. Path. 4. 419. 1928.
- 19 — O. KLOTZ & T. H. BELT. — *The Pathology of the spleen in yellow fever.* — The Am. Journ. of Path. 6. 655. 1930.
- 20 — S. LINS. — *A febre amarella atravez de um seculo de observação clinica e orientação scientifica.* — Brasil Medico. — 44. 250. 1930. e 44. 280). 1930.
- 21 — W. LLOYD. — *The myocardium in yellow fever.* — Science. 72. 18. 1930.
- 22 — W. LLOYD. — *The myocardium in yellow fever.* — University of Toronto Studies. — 1931.
- 23 — W. LLOYD. — *The myocardium in yellow fever. II — The myocardial lesions in yellow fever.* — The Am. Heart Journ. 6. 504. 1931.
- 24 — D. E. CANNELL. — *Myocardial degeneration in yellow fever.* — The Am. Journ. of Path. 4. 431. 1928.
- 25 — A. G. MAGALHÃES. — *The Kidneys in yellow fever.* — Arch. of Path. 11. 561. 1931.
- 26 — A. JAKOB, A. FIALHO, A. VILLELA & E. L. VILLELA. — *Alterações do systema nervoso na febre amarella (nota prévia).* — Brasil Medico. 42. 923. 1928.
- 27 — A. JAKOB, A. FIALHO & E. L. VILLELA. — *Über die Veränderungen im Zentralnervensystem bei Gelbfieber.* — Deutschen Zeitsch. für Nervenheil. 3. 111. 1929.
- 28 — M. FROBISHER JR. — *Sobre a gordura do figado de macaços mortos de febre amarella.* — Brasil Medico. 2. 861. 1932.
- 29 — A. FIALHO, N. BICALHO & GRAZIELLA PACHECO. — *Doseamento de lipideos no figado humano no curso da febre amarella.* — Brasil Medico. 42. 1369. 1928.
- 30 — O. KLOTZ & T. H. BELT. — *Regeneration of liver and kidney following yellow fever.* — The Am. Journ. of Path. 6. 689. 1930.
- 31 — B. J. LLOYD. — *Significado sanitario de nuestros conocimientos de la fiebre amarilla.* — Bol. Of. San. Panam. 15. 953. 1936.

- 32 — C. MARGARINOS TORRES. — *Sobre a importancia no diagnostico post-mortem da febre amarella das lesões microscopicas descriptas por H. da Rocha Lima e por Hoffman.* — Mem. Inst. O. Cruz. 19. 5. 1926.
- 33 — O. KLOTZ & T. H. BELT. — *The identity of yellow fever lesions in Africa and America.* — The Am. Journ. of Trop. Med. 10. 299. 1930.
- 34 — M. COUTO. — *Pathogenia da ictericia na febre amarella.* — A Folha Medica. — 10. 154. 1929.
- 35 — A. DE OLIVEIRA e SOUZA. — *Ictericia e febre amarella.* — These. Faculdade Medicina da Bahia. 1933.
- 36 — O. KLOTZ & W. SIMPSON. — *Jaundice and the liver lesions in West African yellow fever.* — The Am. Journ. of Trop. Med. 7. 271. 1927.
- 37 — H. EPPINGER. — *Trinta annos de pathologia do figado.* — Wien. Med. Wchchr. 1935. — Traducção em Gazeta Clinica, 34. 210. 1936.
- 38 — J. MENDONÇA CORTEZ. — *Ictericias.* — Cia. Editora Nacional 1936.
- 39 — F. L. SOPER. — *Febre amarella sylvestre.* — Rev. Hyg. e Saude Publica. 10. 31 1936.
- 40 — J. VELLARD. — *Modificações da coagulação sanguinea na febre amarella.* — Brasil Medico. 43. 588. 1929.

# DUCTOL

## ENERGICO RECONSTITUINTE

**A mais feliz união de elementos reconstituintes baseada nas ultimas aquisições scientificas**

Ergosterina irradiada, vitamina e A e D colloidificada em Extracto de Malte (vitamina B) — Lactofosfato de calcio — Glicerofosfatos — Pepsina — Extractos pluriglandulares glicerinados — Vehiculo correctivo adjuvante.

**TONICO DOS SYSTEMAS NERVOZO, OSSEO E MUSCULAR**

**NEO-HEPAN - figado injectavel**

RECALCIFICAÇÃO  
DO ORGANISMO

# TRICALCINE

TUBERCULOSE  
FRACTURAS, ANEMIA  
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com tecnica especial e sob o controle do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris  
Unica distribuidora para todo o Brasil  
SOCIEDADE ENILA LTDA.  
174, Rua General Camara — Caixa 484 — Rio  
Correspondentes de JULIEN & ROUSSEAU-Paris

AMAMENTAÇÃO  
CRESCIMENTO  
GRAVIDEZ



## As Peritonites

**Dr. Vicente de Mófena**

*Membro da Academia Nacional de Medicina.*

*Cirurgião-Director do Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos — Campinas.*

*Cirurgião-Chefe do Instituto Brasileiro de Medicina e Cirurgia — Campinas.*

(Continuação)

Seja qual fôr a variedade, a pathogenia parece ser sempre a mesma: a arterite dos pequenos vasos do peritoneo (DELPEUCH), arterite esta consecutiva á passagem no sangue dos diversos venenos: alcoolico, uremico, de origem gastro-intestinal, etc.

A syphilis, no periodo terciario, provoca, ás vezes, uma inflammção diffusa, esclero-gommosa, da serosa. Estas lesões, porém, não se limitam ao peritoneo, mas invadem as demais visceras (AUFRECHT, MAURIAC, LANCERAUX).

Nas creanças encontramos a peritonite cronica, dita essencial ou idiopathica e que hoje está perfeitamente individualisada como sendo uma formula benigna e curavel da tuberculose do peritoneo.

*Lesões anatomicas* — Aparecem não só sobre o peritoneo como nas demais visceras e consistem em falsas membranas molles, si o processo de esclerose não está muito avançado. As falsas membranas formam ponte entre diversas visceras ou entre varias alças intestinaes, forram o mesenterio, o epiploon e os órgãos abdominaes.

Quando os liquidos se reabsorvem o tecido sub-seroso endurece e surgem os blocos de pachyperitonite (DELPEUCH), ás vezes acompanhados de hematomas.

As visceras (figado, baço) se atrophiam e cercam de uma ganga fibrosa, mais ou menos espessa, com nucleos de calcificação. O mesenterio se retráe e arrasta a massa intestinal, que parece adherente á rache (peritonite deformante de KLEBS).

A persistencia de fitas fibrosas causa frequentemente phenomenos de compressão e estrangulamento com todas as suas consequências.



*Symptomatologia* — Variavel, conforme os casos: si a molestia succede a uma peritonite aguda, assistimos á attenuação da phenomenologia clinica. O ventre, porém, continúa doloroso, apparecem alternativas de constipação e diarrhêa, apalpa-se facilmente nucleos de endurecimento e percebe-se o attricto peritoneal.

Quando a peritonite é cronica desde o inicio, installa-se insidiosamente. Encontra-se dores diffusas e profundas, ascite de abundancia variavel, meteorismo.

O liquido pode se reabsorver expontaneamente e a parede do ventre se retráe. Quando a ascite é consideravel necessita ser punccionada, dando vasão a um liquido seroso ou sero-hemorrhagico si se rompe algum vaso néo-membranoso.

*Evolução* — Sempre longa, e a morte sobrevém no marasmo ou em consequencia de um accidente agudo: obstrucção por brida.

A regressão expontanea dos phenomenos e lesões pode dar lugar á cura, que é rara e incompleta, deixando como reliquat dores diversas, perturbações digestivas varias e a eterna ameaça de uma oclusão.

*Diagnostic* — Facil quando a peritonite succede a uma forma aguda. Quando o processo é cronico desde o inicio a confusão mais commum é com a peritonite tuberculosa, que será despistada com os recursos modernos de pesquisas (Exame cytologico do liquido extrahido, inculcã).

A maior difficuldade diagnostica é com a cirrhose atrophica de Laennec, tanto mais que as duas affecções podem co-existir.

A anterioridade dos phenomenos hepaticos (atrophia accentuada do figado, modificações urinarias, esplenomegalia) fallam a favor da hepatite esclerosa.

Si as lesões forem concomitantes o diagnostico será global...

*Therapeutica* — Descoberta a causa provavel (renal, cardiaca, alcoolica, syphilitica) a therapeutica terá que se cingir quasi que exclusivamente á medicação symptomatica: alliviar as dores, esvasiar o derrame, corrigir a meioprágia dos órgãos lesados, afim de assegurar os emunctorios e a circulação, fazer medicina de humanidade, para illuminar um pouco o final sombrio do paciente, que é quasi sempre um condemnado a breve espaço.

## DIAGNOSTICO

Quando completo em sua imponencia symptomatologica, o diagnostico da peritonite não offerece difficuldade de monta.

A peritonite encystada, pneumococcica, porém, sóe apresentar bem mais embaraços diagnosticos.

A diferenciação a fazer é com as colicas nephreticas e hepatica, que se acompanham de dôres bruscas e intensas e vomitos. Nestas, porém, a temperatura soffre nulla ou pequena ascensão, existem, além disso, os pontos dolorosos de eleição e de irradiação, que são característicos.

Os antecedentes, quando não é a primeira colica, a symptomatologia accessoria, completada por demais exames complementares, facilitarão o diagnostico.

A colica saturnina, não apresenta febre e é alliviada pela pressão sobre o abdomen. Encontra-se a retracção frequente do ventre, a orla gengival e os commemorativos — antecedentes profissionaes — completarão a tarefa.

O rheumatismo da parede abdominal tem de commum com a peritonite apenas a sensibilidade exagerada da parede.

A apyrexia, o estado geral bom, a ausencia de perturbações digestivas, a benignidade da affecção acabam por impor o diagnostico.

*Pseudo-peritonite das hystericas* — A febre não existe. A marcha dos accidentes e uma anamnese bem feita esclarecem o caso.

*Obstrucção intestinal* — E' apyretica na sua phase inicial: a dôr é profunda, terebrante e paroxystica, o tympanismo acaba por se localisar, ha suppressão do transito de fezes e gases, a região peri-umbelical se abaula, em contraste com as regiões illiacas que se apresentam deprimidas, mais tarde apparecem os vomitos fecaloides e a hypothermia.

Muitas vezes, somente a intervenção cirurgica pode esclarecer em definitivo o diagnostico.

Nas peritonites por perfuração pode commeter-se uma serie de erros.

A ruptura do baço expontanea é possível em portadores de esplenomegalias antigas e diagnosticadas. Uma punção intempestiva susceptivel de determinar identico accidente.

O valor dos antecedentes é innegavel.

A ruptura de uma *prenhez tubaria* costuma dar-se em pacientes cujas regras se acham ordinariamente suspensas.

Em nosso trabalho APPENDICES E APPENDICITES, publicado em 1929 citamos um caso de ruptura expontanea de *prenhez tubaria* em uma paciente perfeitamente regulada, tendo sido a ruptura diagnosticada fortuitamente por occasião da laparotomia reclamada por appendicite aguda suppurada. A propria doente ignorava sua gravidez. Tudo acabou bem.

Como a nossa observação muitas outras são diagnosticadas no decorrer de uma intervenção exigida por motivos bem diversos.

O toque vaginal é de auxilio precioso.

Um exemplo: A. B., branca, brasileira, casada, com 22 annos, residente em Caxambú.

Chama-nos em Fevereiro de 1934.

Diagnostico firmado por varios collegas: peritonite, de origem provavelmente appendicular.

Molestia datando de cerca de 10 dias. Commemorativos falhos. Reacção peritoneal dubia.

Anemia accentuada. Estado geral relativamente bem, máo grado o enfraquecimento progressivo.

Um collega com quem não tivemos oportunidade de nos avistar, de passagem, lembra um toque vaginal, que leva a effeito.

Encontra um empastamento grande dos fundos de sacco e aventa a hypothese de uma ruptura de trompa gravida.

Ao chegarmos, fazemos o toque e temos a mesma impressão.

Laparotomia mediana sub-umbelical, feita na Santa Casa de Caxambú, auxiliados pelos collegas Alaor Nogueira e Viotti.

Logo á abertura da cavidade surge a imponente inundação e, entre as alças, um feto de cerca de doze semanas. Pinçamento da trompa direita dilacerada de alto a baixo. Hemostose. Limpeza da cavidade, appendicectomy complementar. Reconstituição da parede. Duração da intervenção: 14 minutos. Soro de Behring contra a peritonite (8 cc.).

Cicatrisação por primeira. Alta no nono dia.

*Hemorrhagias internas abundantes* — A symtomatologia é peculiar ao choque hemorrhagico.

*Appendicite* — E' a que mais pode simular a peritonite e a que mais confusão origina com a peritonite pneumococcica.

A symptomatologia especial, porém, caracteristica, embora frusta, afasta a pouco e pouco qualquer duvida.

## THERAPEUTICA

O tratamento das peritonites póde ser medico ou cirurgico.

O tratamento medico é o mais antigo e usado desde o inicio da affecção, quando o diagnostico não está ainda firmado.

Muitas vezes, mesmo, é o unico viavel, diante da gravidade do estado do paciente ou nas formas em que predomina a toxinfecção geral.

A indicação principal consiste em impedir a generalisação do processo.

Decubito dorsal, em Fowler, afim de favorecer o accumulo dos exsudatos na pequena bacia, a immobilidade, tanto do doente, como, antes de tudo — do seu intestino, mediante o opio, em suas variadas e multiplas preparações são os recursos banaes á mão.

Actualmente contamos com o auxilio precioso da sorotherapia.

Evite-se formalmente o emprego de purgativos. A constipação rebelde que se observa nas peritonites nada mais é do que uma defeza natural do organismo.

Contra os vomitos frequentes recorrer ás lavagens intestinaes laudanizadas, ás picadas de morphina ou seus succedaneos, ao gelo sobre o ventre.

Foi preconisado o processo de Solieri. Em nosso trabalho "Complicações Post-Operatorias" expendemos nosso ponto de vista a esse respeito.

Urge levantar o estado geral: cardiotonicos, estimulantes, diureticos, soro glycosado e physiologico em doses altas, inhações e inecções sub-cutaneas de oxygenio.

A sonda rectal, as bolsas de agua quente, as applicações de inductothermia encontram boa indicação.

Afóra isso e com tudo isso: sôro contra a peritonite, por via hypodermica e, si a pressa aconselha, por via venosa.

**TRATAMENTO CIRURGICO** — Seja qual for a variedade da peritonite a tendencia actual é intervir em todos os casos de peritonite, por meio da cirurgia.

Os resultados variam com a precocidade da intervenção e as causas da infecção.

Diante de uma infecção macissa por septicemia a cirurgia quasi sempre fracassa.

São os casos desesperados. Mas ainda assim a cirurgia, auxiliada pelos demais meios e, principalmente pela sorotherapia em alta escala, é ainda o recurso heroico.

Nas feridas penetrantes do abdomen, pelo contrario, a cirurgia encontra as melhores indicações e as maiores probabilidades de exito, tanto maiores quanto mais precoce tiver sido a intervenção.

O mesmo se diga quando o processo septico é determinado pela abertura no peritoneo de uma colleção originada em uma viscera qualquer do abdomen.

Nestes casos as probilidades de successo estão tambem em relação com o factor tempo.

Nas peritonites pneumococcicas, encystadas ou não, a cirurgia dá resultados brilhantes.

O processo cirurgico se limita, em todas as formas, á abertura da cavidade peritoneal, com ou sem deterrentes á Morestin ou por meio de sôros mineraes, seguidos da introduccção de caldos especificos, preparados em quantidade por varios laboratorios, ou mesmo sôros organicos, tambem especificos, que podem ser introduzidos por via parenteral.

A drenagem mais ampla deve ser assegurada, não só para maior commodidade de escoamento dos productos septicos, como para maior facilidade de levar em plena cavidade a medicação requerida pelo tratamento complementar.

O alcool, em solução a 33 %, em sôro glycosado, dá resultados satisfactorios, como auxiliar.

Temos nesse particular a experiencia propria.

Convém, entretanto, não ultrapassar a quantidade de 150cc de alcool nas 24 horas, embora haja observações favoraveis de casos em que o sôro, que deve ser introduzido por via venosa, foi injectado em quantidade maior de 200cc em igual periodo, proporcionando resultados brilhantes.

## OBSERVAÇÕES

### OBSERVAÇÃO N.º 3

M. E., branca, solteira, com 16 annos, residente em Tres Pontas, Minas Geraes, é por nós operada com urgência, em razão de uma peritonite generalisada suppurada, consecutiva a perfuração appendicular.

A laparotomia feita á noite, sob anesthesia local dá vasão a uma grande quantidade de pús e falsas membranas.

A temperatura é alta (40°), o pulso 130, o estado geral máo.

Sôro de Behring contra a peritonite 40cc.

Nos tres primeiros dias a melhora foi nulla. Mais 40cc de sôro por via venosa trazem uma regular modificação favoravel do estado geral.

No 16.º dia, após a injeccão de 120cc de sôro a paciente entra em convalescença franca.

Total do sôro injectado: 120cc.

Resultado: Optimo.

Nota: Este caso, operado em 1934, foi o primeiro em que empregamos o sôro de Behring contra a peritonite.

### OBSERVAÇÃO N.º 4

A. L. A., branca, domestica, com 22 annos, casada, brasileira, de Campinas, baixa ao Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 12 de Janeiro de 1936.

Papeleta 23.

Diagnostic-Appendicite aguda suppurada. Reacção peritoneal de vulto.

Cuidados previos-communs (vaccina anti-pyogena Behring — 1 cx.; sôros glycosado e physiologico — 500 c. c.).

Intervenção de urgencia sob anesthesia local (40 c. c. da solução a 1%).

Operador — Dr. Módena.

Auxiliar — Dr. Guimarães.

Cuidados posteriores — commons, mais 40 c. c. de sôro contra peritonite, de Behring.

Melhora rapida dentro de 24 horas.

Alta curada no dia 22 de Janeiro.

Resultado — satisfactorio.

Total de sôro empregado — 40 c. c.

## OBSERVAÇÃO N.º 5

A. M. branco, solteiro, com 16 annos, de Mogy Mirim, entra em nosso serviço no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 8 de Agosto de 1935.

Papeleta 31.

Diagnostic: Peritonite generalisada suppurada, consecutiva a perfuração appendicular.

Condições geraes más.

Cuidados previos-communs, mais 1 cx. vaccina antipyogena de Behring.

Intervenção de urgencia, sob anethesia local (40 c.c. da solução a 1 %).

Operador — Dr. Módena.

Assistentes: — Drs. Graciano e Tella.

Cuidados posteros: — Communs mais 80 c.c. de sôro de Behring contra a peritonite.

Melhora rapida do estado geral e local dentro de 72 horas.

Total de sôro injectado: — 80 c.c.

Resultado satisfactorio.

Alta, curado no dia 20 de Agosto de 1935.

## OBSERVAÇÃO N.º 6

B. B., branco, brasileiro, de Mogy-Mirim, casado lavrador, baixa no dia 13 de Agosto de 1935.

Papeleta 44.

Diagnostic: Peritonite generalisada suppurada consecutiva a perfuração appendicular.

Intervenção de urgencia, depois de cuidados preventivos banaes (vacina de Behring anti-pyogena, cardiotonicos, etc.) sob anesthesia local (30 cc. de solução a 1 %).

Operador: Dr. Módena — Assistente: Dr. Graciano.

Cuidados complementares: communs, mais 80 cc. de sôro de Behring contra a peritonite.

Regressão dos phenomenos graves dentro de 48 horas.

Alta, curado, no dia 26 de Agosto, de 1936.

Total do sôro injectado: 80 cc.

Resultado: Satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 7

J. C. O., branco, com 6 annos de idade, procedente de Mogy-Mirim, dá entrada no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, em 24 de Agosto de 1935.

Papeleta 57

Diagnostic: Peritonite generalisada suppurada.

Condições geraes más.

Intervenção de urgencia, sob anesthesia geral.

Operador: Dr. Módena — Assistente: Dr. Graciano.

Cuidados previos: sôro physiologico e vaccina anti-pyogena Behring (1 cx.).

Cuidados posteriores: Sôro de Behring contra a peritonite 120 cc.

Alta, curado, em 9 de Setembro de 1935.

Resultado: satisfactorio.

Total do sôro injectado: 120 cc.

## OBSERVAÇÃO N.º 8

M. B., branca, viuva, com 40 annos de idade, hespanhola, residente em Campinas.

Entrada em 6 de Março de 1936, no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos — Papeleta 303.

Diagnostico: Peritonite generalisada suppurada por perfuração apendicular.

Condições geraes: pessimas.

Cuidados previos: Sôro physiologico 250 cc.

Intervenção de urgencia sob anesthesia local (50 cc. da sol. a 1 %).

Operador: Dr. Módena — Assistente: Dr. Guimarães.

Cuidados posteriores: Vaccina anti-pyogena Behring (1 cx.), sôro de Behring contra a peritonite (40 cc.).

Alta, curada, em 17 de Março de 1936.

Total do sôro injectado 40 cc.

Resultado: Satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 9

A. C., branca, solteira, 23 annos de idade, procedente de Campinas, Estado geral, bom. Entrada em 3 de Setembro de 1935.

Papeleta 74.

Diagnostico: Appendicite chronica.

Intervenção sob anesthesia geral.

Operador: — Dr. Módena.

Assistentes: — Drs. Graciano e Guimarães.

Na intervenção foi encontrado o appendice cheio de adherencias. A ruptura de uma brida de adherencias trouxe como consequencia a dilatação de uma alça do delgado, com extravasamento de fezes. Enterorraphia.

Cuidados posteriores: 80 cc. de sôro Behring contra peritonite.

Complicações post-operatorias-Grippe. Não houve a menor reacção peritoneal.

Alta, curada em 21 de Setembro de 1935.

Total do sôro injectado 80 c.c.

Resultado satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 10

J. R. F., branco, casado, desta cidade, com 28 annos, brasileiro, entra no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, com symptomas claros de appendicemia super-aguda. Intervenção na mesma noite de 3 de Setembro de 1935.

Papeleta N.º 75.

Tempos preparatorios communs (Sôro physiologico — 500 cc. — e vaccina anti-pyogena de Behring — 1 cx.).

Anesthesia local (50 cc. de sol. a 1 %).

Operador: Dr. Módena — Assistente: Dr. Graciano.

Tempos preliminares banaes (Roux). Appendicectomy laboriosissima (Appendice retro-cecal e necrosado, com adherencias innumerables e placas de esphacelo do ceco). Plastica do ceco (epiploplastia). Drenagem tubular.

Tempos complementares: triviaes.



Sôro de Behring contra a peritonite: 40 cc., no dia immediato mais 20 cc. —  
A temperatura anterior de 39, 5 no dia seguinte não vae além de 37,2  
e no terceiro dia desaparece de todo.  
Alta, curado, no dia 11 de Setembro.  
Total do sôro injectado: 60 cc.  
Resultado: satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 11

A. C. M., branca, casada, com 19 annos, procedente de Mogy-Mirim, entra no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 23 de Setembro de 1935. Papeleta N.º 99.

Antecedentes pessoaes e collateraes destituídos de interesse para o caso.

Constituição franzina, estado geral relativamente bom, máo grado a anemia visível.

Molestia actual datando de alguns mezes e traduzindo-se por nauseas, vomitos, dores expontaneas na fossa illiaca direita, perturbações digestivas vagas e frequentes.

Diagnostic: Appendicite chronica.

Cuidados pre-operatorios communs. Nenhuma contra-indicação para a intervenção.

Anesthesia local (30 cc. de solução anesthesica a 1 %).

Operados: Dr. Módena — Auxiliares: drs. Guimarães e Graciano.

Tempos preliminares banaes. Appendicectomy summamente simples e expedita.

Tempo total da intervenção: 3 minutos.

Reconstituição dos plenos parietaes.

Não drenagem.

Accidentes durante a intervenção: Nullos.

Sequelas: A temperatura de 37,5 com que a paciente ingressou na sala de operações baixou, no dia seguinte, a 36. Salvo pequenas ascensões vesperaes que não ultrapassaram 38,3 nos 6º e 7º dia, tudo voltou ao normal. Levantar no 7.º dia.

A paciente permanece no hospital mais alguns dias para descansar, pois a cicatrização da ferida é completa por primeira intenção.

No 14.º dia apparecem dores na região suprapubiana e no 17.º a temperatura vae a 38,3.

Apyrexia nos dois dias seguintes. 39º no dia 13 de Outubro. Pulso com frequencia proporcional. As dores persistem. A punção da região supra pubiana accusa pus cremoso.

Dahi por diante a paciente se acama e entra a apresentar uma temperatura com oscillações typicas das suppurações e phenomenos que, dentro de 48 horas, se revestem com os caracteristicos francamente peritoneaes.

Abertura e drenagem do fóco de suppuração.

Injecção hypodermica de 40 cc. de sôro de Behring contra a peritonite, vaccinação anti-pyogenica em dose macissa, medicação cardiotonica.

Novo foco de suppuração com predominancia iliaca esquerda. Nada de notavel para a fossa iliaca direita.

Abertura do foco. Pús em quantidade apreciavel. Drenagem ampla.

O estado geral peiora.

Sôro de Behring na quantidade de 20cc. até o dia 18. Medicação auxiliar costumeira.

Tudo sem effeito.

Nota-se, agora, manifestações francas de occlusão absoluta do intestino. O meteorismo é enorme, os vomitos discretos. Não ha solução.

Temperatura com grandes oscillações, pulso proporcional. Tachycardia cada vez mais accentuada (140 até).

Toxemia profunda.

No dia 18 de Outubro sahida de grande quantidade de pús atravez da ferida operatoria que foi debridada. A' noite profusa descarga intestinal.

O ventre readquire o aspecto normal. O estado geral parece melhorar. Os gazes circulam naturalmente. Tudo anima.

No dia 22 apparece uma angina pultacea intensa e uma estomatite de caracter gangrenoso.

Morte em collapsio no dia 25.

A notar, nesta observação: a rapidez da intervenção, que reduziu o choque ao minimo, pela facilidade que apresentou; o apparecimento tardio do abcesso pre-vesical, primeira manifestação da infecção secundaria (14 dias depois), a evolução singularmente lenta do mal, a symptomatologia completamente atypica, a inocuidade da therapeutica empregada, a solução illusoria do caso e sua terminação dolorosa e extranha.

Total do sôro injectado: 120 cc.

Resultado: Nullo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 12

C. T., branco, casado, italiano, com 56 annos, procedente de Campinas, entra em noso serviço, no dia 13 de Outubro de 1936.

Papeleta 119.

Diagnostico: Appendicite aguda suppurada e peritonite generalisada.

Intervenção immediata com anesthesia local (50 cc. de Solução a 1 %).

Cuidados pre-operatorios: inclusive uma caixa de vaccina anti-pyogena de Behring.

Laparotomia lateral (Roux), esvaziamento da cavidade e appendicectomy relativamente facil.

(Appendice perfurado na ponta). Drenagem.

Operador: Dr. Mòdena — Assistentes: Drs. Graciano e Guimarães.

Cuidados subsidiarios de Behring.

Regressão dos phenomenos peritoneaes dentro de 48 horas. Mais 40 cc. de sôro contra a peritonite. Alta curado, no dia 23 do mesmo mez.

Total do sôro injectado: 100 cc.

Resultado: satisfactorio.

#### OBSERVAÇÃO N.º 13

C. P., branca, de Campinas, casada, com 25 annos, entra em nosso serviço no dia 18 de Novembro de 1936, com o quadro classico de uma appendicite aguda e reacção peritoneal de vulto. Papeleta N.º 166.

Preparação: commum (sôro physiologico e vaccina anti-pyogena de Behring — 1 caixa).

Anesthesia: 40 cc. de solução anesthesica a 1 %.

Operador: Dr. Mòdena — Assistentes: Drs. Guimarães e Anderson.

Tempos preliminares: communs. (Roux).

Appendicectomy simples. Exploração dos annexos direitos.

Tempos complementares banaes. Duração do acto operatorio: 13 minutos.

Sôro de Behring contra a peritonite (40 cc.) por via hypodermica.

A reacção peritoneal começa a ceder depois de dois dias. Mais 20 cc. de sôro.

A temperatura que attingiu 39,6 tres e quatro dias depois da intervenção é normal no quinto.

Alta, curada, no dia 3 de Dezembro.

Total do sôro injectado: 60-cc.

Resultado: Satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 14

G. P., branca, brasileira, de Santa Barbara, casada, com 22 annos, baixa do Hospital de Soccorros Mutuos, no dia 9 de Janeiro de 1936. Papeleta 222.

Diagnostic: Appendicite aguda e peritonite generalisada consequente. Cuidados previos: communs (vaccina e sôro glycosado).

Intervenção de urgencia sob anesthesia local.

Operador: Dr. Guimarães; — Assistente: Dr. Módena.

Cuidados complementares: Communs, mais 80 cc. de sôro contra peritonite de Behring.

Animação dos symptomatos graves dentro de 60 horas.

Alta, curada, no dia 22 de Janeiro.

Total do sôro injectado: 80 cc. — Resultado: Satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 15

H. V., branco, estudante, com 15 annos desta cidade, entra em nosso serviço no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 17 de Fevereiro de 1936. — Papeleta N.º 282.

Diagnostic: Appendicite suppurada e peritonite generalisada consequiva.

Intervenção de urgencia, sob anesthesia local (50 cc. de solução a 1 %).

Operador: Dr. Módena — Assistentes: Drs. Guimarães e Tella.

Cuidados previos: Communs.

Cuidados posteriores: vaccina de Behring e sôro de Behring, contra peritonite (60 cc.).

Regressão dos phenomenos agudos dentro de 48 horas.

Alta, curado em 6 de Março.

Total do sôro injectado: 60 cc. — Resultado: Satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 16

B. G. C., branco, portuguez, casado, guarda-livros, desta cidade, baixa ao Hospital da Sociedade de Soccorros Mutuos, na madrugada de 18 de Fevereiro de 1936. — Papeleta N.º 283.

Diagnostic: Appendicite aguda e peritonite generalisada.

Intervenção de urgencia sob anesthesia local.

(Solução a 1 % — 40 cc.).

Cuidados premonitorios: Communs.

Operador: Dr. Módena — Assistente: Dr. Guimarães.

Appendicectomy laboriosissima (gangrena do appendice e do ceco), plastica do ceco.

Drenagem tubular ampla.

Regressão dos symptomatos de alarme desde as primeiras 24 horas.

Cuidados complementares: communs, mais 40 cc. de sôro de Behring contra a peritonite.

Alta, curado, no dia 29 de Fevereiro de 1936.

Total do sôro injectado: 40 cc. — Resultado: Satisfactorio.

## OBSERVAÇÃO N.º 17

A. C. B., branca, desta cidade, com 9 annos de idade entra no dia 2 de Abril de 1936.

Papeleta N.º 333.

Diagnostico: Appendicite aguda com reacção peritoneal intensa.

Condições geraes: Regulares.

Cuidados previos: sôro physiologico e vaccina anti-pyogenica de Behring 1 caixa.

Intervenção de urgencia sob anesthesia local (20 cc. de solução a 1 %).

Operador: Dr. Módena. Assistente: Dr. Tella.

Appendicectomy laboriosa (appendice retrocecal, adherencias multiplas, processo peritoneal localisado).

Cuidados posteriores: Sôro contra peritonite Behring 20 cc.

Alta curada dia 11 de Abril.

Total do sôro injectado — 20 cc.

Resultado: Satisfactorio.

#### OBSERVAÇÃO N.º 18

J. B., branco, casado, com 33 annos de idade, entra em nosso serviço no dia 6 de Abril de 1936. — Papeleta N.º 338.

Antecedentes pessoaes typicos de um processo appendicular chronico de vez. Primeira colica a cerca de um mez. Seu mal antigo data de alguns annos.

Surto agudo de intensidade inaudita, no dia 6 pela manhã.

Cuidados pre-operatorios communs (sôro physiologico e vaccina anti-pyogena de Behring — 1 caixa).

Anesthesia local (50 cc. de solução a 1 %).

Operador: Dr. Módena. Assistente: Dr. Guimarães.

Tempos preliminares banaes (Roux).

Appendice turgido e na imminencia de perfuração. Exsudação peripherica profusa e com adherencias em manifesta progressão. Tempo operatorio: 10 minutos. Tempos complementares: simples. Não drenagem.

Ante a reacção peritoneal evidente, embora não houvesse perfuração, injectamos 20 cc. de sôro de Behring contra a peritonite.

Sequelas normaes. Apyrexia desde o segundo dia. Regressão integral da symptomatologia peritoneal. Alta, curado, no dia 14 do mesmo mez. Total do sôro injectado: 20 cc. — Resultado: satisfactorio.

#### OBSERVAÇÃO N.º 19

P. V., branca, brasileira, com 32 annos, casada, residente em Campinas. Entrada em 21 de Abril de 1936, no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos. Papeleta N.º 357.

Diagnostico: Pangenitalite aguda suppurada.

Reacção peritoneal intensa.

Condições geraes más.

Cuidados previos: sôro physiologico (500 cc.), vaccina anti-pyogena de Behring (1 caixa).

Intervenção de urgencia sob anesthesia local (50 cc. da sol. a 1 %).

Operador: Dr. Módena. Assistentes: Drs. Tella e Guimarães.

Cuidados posteriores: 40 cc. de sôro de Behring contra a peritonite.

Alta, curada, em 6 de Maio de 1936.

Resultado: Satisfactorio.

Total do sôro injectado: 40 cc.

#### OBSERVAÇÃO N.º 20

O. O., branca, brasileira, com 34 annos, casada residente em Campinas. Entrada em 4 de Maio de 1936, no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos. Papeleta N.º 380.

Diagnostico: Adherencias post-operatorias e ovarite cystica.

Condições geraes boas.

Cuidados previos: Vaccina anti-pyogena Behring (1 caixa) e sôro physiologico (250 cc.).

Anesthesia: mixta (50 cc de sol. a 1 %) e 30 cc. de ether.

Operador: Dr. Módena — Assistente: Dr. Guimarães.

Durante o intervenção se da a ruptura expontanea de um cysto seroso com inundaçào da cavidade abdominal.

Reacção peritoneal de certo vulto no dia seguinte.

Cuidados posteriores: 40 cc. de sôro de Behring contra a peritonite.

Alta, curada em 25 de Maio de 1936.

Resultado: Satisfactorio.

Total do sôro injectado: 40 cc.

#### OBSERVAÇÃO N.º 21

L. R. T., branca, brasileira, casada, residente em S. Paulo, com 26 annos, baixa ao Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 29 de Abril de 1936. Papeleto N.º 376.

Commemorativos: Queda ha cerca de oito dias. Prenhez de sete mezes. Depois da queda cessação absoluta dos movimentos activos do feto.

A escuta não accusa os batimento cardiacos do feto.

Escoamento purulento atravez do orificio cervical.

Brecha do fundo de sacco posterior da vagina, atravez do qual proemina uma porção de epiploon. Reacção peritoneal discreta. Estado geral regular.

No mesmo dia ressecção da franja epiploica herniada e sutura da brecha.

Sôro de Behring contra a peritonite: 40 cc. por via hypodermica.

Cuidados complementares: communs.

No terceiro dia desapparecimento completo da reacção peritoneal.

No quarto dia, após dilatação lenta do collo, esvasiamento do utero.

Extracção de feto morto macerado, apresentando fracturas multiplas dos membros e do craneo.

Alta, curada, no dia 8 de Maio.

Total do sôro injectado: 40 cc.

Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 22

L. F. S., branca e com 22 annos, casada, é internada no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 19 de Maio de 1936, com papeleta N.º 395.

Antecedentes hereditarios e collateraes sem interesse para o caso

Nos antecedentes pessoaes encontramos somente molestia da primeira infancia.

**MOLESTIA ACTUAL** — Dores generalisadas a todo o abdomen datando de cerca de dois annos, com predominancia na fossa iliaca direita. Difficuldade para se locomover, sentido fortes aguilhoadas no ventre.

O tratamento clinico ensaiado fracassou.

Paciente do typo mesoesthenico, com musculatura e panniculo adiposo regularmente desenvolvidos. Estado geral regular. Dôr expontanea e provocada em todo o ventre, maximé na fossa iliaca direita. Vomitos e nauseas frequentes.

Apparelho urinario normal.

Diagnostico pre-operatorio: Ovarite bi-lateral e appendicite chronica.

Cuidados pre-operatorios: sôro physiologico, vaccina anti-pyogena de Behring (1 caixa) e cardiotonicos.

Intervenção: Dr. Módena — Assistente: Dr. Guimarães.

Anestesia: Infiltração da parede com 40 cc. de solução a 1% e algumas bafuradas de anestésico geral.

Tempos preliminares banaes a toda laparotomia gynecologica. Ex-cisão de numerosos cystos serosos dos ovarios. Appendicectomy. Re-constituição dos planos superficiaes.

Accidentes: nullos. Tempo operatorio: 20 minutos.

Diagnostic post-operatorio: confirma o pre-operatorio.

Sequelae: Os tres primeiros dias foram perfeitamente normaes. No quarto dia a paciente se inquieta e agita. O pulso se torna frequente, o ventre se abaula, os gazes estagnam, o facies se altera, a lingua secca, os vomitos apparecem, raros a principio, banaes, mas aos poucos se vão intensificando. Em breve importunam pela frequencia pouco tranquillizadora; o soluço, como ave agoureira, vem ensombrar o quadro, e no quinto para o sexto dia, temos em toda a sua imponentia, inclusive a hyperthermia, a peritonite post-operatoria, que os franceses catalogam como peritonite com P maiusculo.

O estado geral é francamente pessimo e o prognostico desalentador. A medicação trivial é applicada.

A ferida operatoria, debridada, dá vasão a uma regular quantidade de serosidade purulenta.

O pulso continua sua loucura desenfreada. Tudo parece correr para o abysmo.

Estamos no dia 25 de Maio. Além da therapeutica usada em seme-lhante emergencia, injectamos por via venosa, 40 cc de sôro de Behring contra a peritonite.

Nessa occasião a temperatura prosegue ainda obstinada na casa dos 39 e pulso perdido na sua incontabilidade e impalpabilidade...

Os suores viscosos cobrem a doente.

No dia 26 injectamos mais 40 cc. de sôro contra a peritonite (via venosa). No dia 27 a temperatura é 37° pela manhã e 38° a tarde. O pulso ainda é incontavel. Mais 20 cc. de sôro por via venosa. Primeira emissão de gazes e discreta remissão dos vomitos.

O soluço continua, o facies é ainda máo, a situação precaria e o meteorismo enorme.

Dia 28: Temp. matinal 38° — Vespéral 38°,2.

Mais 20 cc. de sôro, por via venosa. O estado geral se apresenta ligeiramente melhorado. A paciente está euphorica. Os gazes circulam, o pulso prosegue no seu can-can, mas o quadro incute já um certo animo.

O dreno deita repentinamente uma onda de bilis. A inundação biliar dura tres dias depois do que declina lentamente para cessar de todo ao fim de uma semana.

Finda a bilirrragia apparecem fezes.

As condições geraes da doente começam a melhorar sensivelmente, mas a fistula continua aberta.

A temperatura desce á normal, o pulso entra no rythmo e a operada deixa o hospital em optimas condições no dia 20 de Junho.

Passadas duas semanas o dreno é retirado e a fistula fecha completamente em quatro dias.

A notar nesta observação, uma das rarissimas no genero com que temos deparado em nosso tirocinio diario, em primeiro lugar o classicismo da symptomatologia, que faz com que a mesma se apresente rigorosamente eschematica e sirva de padrão para a descripção da peritonite post-operatoria; em segundo lugar a serie de accidentes e complicações (fistula biliar, a principio, estecoral depois que se seguiram ao processo inflammatorio da serosa, e, por fim, o resultado maravilhoso obtido com a sôrotherapia.



## OBSERVAÇÃO N.º 23

A. M., branca, brasileira, casada, com 30 annos, procedente de Cosmopolis, entrada no Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 14 de Julho de 1936. Papeleta N.º 482.

Antecedentes: Puerperio recente. Infecção consecutiva.

Temperatura de entrada: 39° — Estado geral regular. Pulso 110.

A temperatura apresenta oscillações francas, com remissões de até 2 grãos. O pulso, porém, não desce nunca além de 100.

No dia 22 a paciente apresenta phenomenos peritoneaes evidentes.

No dia 24, sob anesthesia local procedemos á laparotomia mediana sub-umbelical.

Sahida de grande quantidade de pús. Drenagem tubular multipla.

Sôro de Behring contra a peritonite: 40 cc., por via hypodermica.

A temperatura continua oscillando até o dia 26, quando cae para não mais subir.

Alta, curada, no dia 6 de Agosto.

Total do sôro injectado: 40 cc.

Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 24

I. S. M., branca, brasileira, casada, de Campinas, baixa ao Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 12 de Outubro de 1936. Papeleta N.º 573.

Prenhez de seis mezes. Processo de interrupção exponanea da prenhez bem adiantado.

Reacção peritoneal franca.

Anesthesia geral.

Operador: Dr. Módena — Auxiliar: Dr. Tella.

Esvaziamento do utero. Feto morto, macerado. Processo adiantado de decomposição da placenta. Pyometro.

Injecção de sôro de Behring contra a peritonite: 40 cc.

A temperatura de 40°, desce á normal no terceiro dia. Desapparecimento integral da reacção peritoneal no terceiro dia.

Total do sôro injectado: 40 cc., por via venosa.

Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 25

L. L., branco, solteiro, de Campinas, com 23 annos, procura o Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos, no dia 3 de Novembro de 1936. Papeleta N.º 590.

Diagnostic: Appendicite aguda suppurada e Peritonite consecutiva.

Anesthesia local (40 cc. de solução a 1 %).

Operador: Dr. Módena, sem auxiliar.

Appendicectomy laboriosa, appendice gangrenado. Abcesso peri-appendicular extenso. Pús em quantidade regular. Placa de esphacelo do ceco, que é incluída com uma suturo em bolsa.

Cuidados complementares banaes, mais 40 cc. de sôro de Behring contra a peritonite, por via venosa.

Desapparecimento completo da reacção peritoneal no quinto dia.

Alta, curado, no dia 19 de Novembro.

A alta foi retardada pela grippe que surpreendeu o paciente.

Total do sôro injectado: 40 cc.

Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 26

R. U. B., branca, brasileira, casada, de Campinas, com 32 annos, entra em nosso serviço de urgencia no dia 26 de Julho de 1937.

Apresenta profusa metrorrhagia e está em estado de accentuada anemia.

Nada informa com precisão quanto á possível causa.

E', porém, nossa conhecida, desde ha dois annos, datando esse conhecimento de uma occasião em que tivemos que praticar na mesmo uma curetagem uterina reclamada por um aborto incompleto *provocado*, manobra em que a paciente era useira e vezeira.

No dia da alta, recommendámos á doente que não repetisse a proeza, tendo a mesma objectivado que o faria tantas outras vezes quantas lhe aprouvesse (sic.).

Fomos scientificados, algum tempo depois, de que R. U. B. levava a effeito o seu proposito, sendo bem succedida.

Com semelhantes credenciaes está bem de ver que a fé que nos merece as informações actuaes da doente orça pela casa do zero.

Um exame gynecologico revela incontinenti um collo ulcerado em diversos pontos, dilatado, sahindo, atravez do orificio cervical, uma franja de epiploon...

Providencial epiploon que tamponando o utero, deteve a hemorrhagia!

O exame geral acusa as condições serias do momento: a peritonite, em toda a imponencia do seu cortejo.

Intervenção cirurgico levada a effeito nas primeiras horas do dia immediato.

Anesthesia geral (Balsoformio). Operador: Dr. Módena — Assistentes: Drs. Mandes de Paula e Attilio Cypriani.

Laparotomia mediana sub-umbelical, que dá vasão a grande quantidade de liquido sero-purulento, excessivamente fétido. O epiploon cerca o fundo do utero, insinuando-se atravez da brecha existente no corno direito.

Drenagem tubular multipla. Medicação anti-infecciosa commun.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros), por via venosa (60 cc.).

No dia seguinte mais 40 cc. de sôro contra a peritonite (Pinheiros) por via hypodermica.

A temperatura teve a seguinte marcha: 38,2 nos dias 26 e 27, com pulso respectivamente 100 e 120. Até o dia 1.º de Agosto, sub-normal embora o pulso se mantivesse entre 95 e 110. Surtos vesperaes não ultrapassando 38,5 até o dia 5.

Nesse interim foram injectados mais 80 cc. do mesmo sôro.

Apyrexia nos demais dias, até 26.

Durante esse tempo todos os drenos deram sahida a enorme quantidade de pús muito fetido e fezes.

Nos ultimos dias, porém, as dores appareceram, mais ou menos vivas e tenazes, na fossa iliaca direita, a temperatura galgou o casa dos 38º e varios decimos e o exame local mostrou um empastamento frisante da região.

Phenomenologia toda indicativa de um processo suppuração localisado.

Os drenos anteriores collocados já haviam sido retirados por inuteis e dado o estado geral satisfactorio.

Nova intervenção cirurgica no dia 27 de Agosto.

Anesthesia geral (Balsoformio), laparotomia lateral (Edebohls), abertura de um foco de peritonite suppurada encystada, com sahida de muito pús.

Queda da temperatura, com ligeiras oscillações e tachysphygmia (120) até o dia 5 de Setembro.

Injecção sub-cutanea de sôro contra a peritonite (Pinheiros).

Nenhum phenomeno anaphylactico.

Muito pús e fezes, ainda, pelos drenos, até o dia 7 de Setembro.  
Alta, curada, com cicatrização por segunda intenção, no dia 20 de Setembro.

Total do sôro injectado: 240 cc.

Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 27

E. O., branco, solteiro, de Campinas, com 18 annos, entra no Hospital, no dia 25 de Março de 1937. Papeleta N.º 782.

Diagnostic: Peritonite generalizada consecutiva a perfuração appendicular.

Laparotomia de urgencia e drenagem tubular multipla, após appendicetomia.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros) 40 cc., por via venosa.

No terceiro dia, mais 20 cc de sôro contra a peritonite.

Regressão rapida da symptomatologia.

Alta, curado, no dia 15 de Abril de 1937.

Total do sôro injectado: 60 cc. Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 28

A. A., branco, com 10 annos, de Campinas.

Baixa no dia 7 de Março. Papeleta N.º 755.

Diagnostic: Appendicite aguda e peritonite localisada.

Appendicetomia de urgencia (Roux).

Sôro contra a peritonite (Pinheiros), 40 cc., por via hypodermica.

Regressão rapida dos phenomenos septicos.

Alta, curado, no dia 14 de Março.

Total do sôro injectado: 40 cc. Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 29

B. C. branco, funcionario publico, de Campinas, com 45 annos. Baixa no dia 15 de Março de 1937. Papeleta N.º 767.

Diagnostic: Abdomen cirurgico agudo.

Operação de urgencia: Obturação de uma perfuração da face posterior do duodeno (Bennet), após cauterisação (Balfour).

Sôro contra a peritonite (Pinheiros) 60 cc., por via hypodermica, mais 40 cc, em applicação topica.

No quarto dia, mais 20 cc. de sôro contra a peritonite, por via hypodermica.

Regressão paulatina dos phenomenos alarmantes.

Alta, curado, no dia 17 de Abril de 1937.

Total do sôro injectado: 80 cc. Em applicação tópica: 40 cc.

Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 30

A. M., branco, com 6 annos, procedente de Mombuca, entra em nosso serviço no dia 8 de Agosto de 1937. Papeleta N.º 955.

Diagnostic: Appendicite aguda traumatica. Abscesso sub-hepatico. Peritonite.

Intervenção de urgencia: Appendicetomia, drenagem do abscesso sub-hepatico e da cavidade peritoneal.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros): 20 cc, por via hypodermica.  
Melhora rapida das condições geraes e locaes.  
Alta, curado, no dia 19 de Agosto de 1937.  
Total do sôro injectado: 20 cc. — Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 31

E. G. D., branca, casada, com 19 annos, procedente de Baurú, baixa ao nosso serviço no dia 5 de Julho de 1937. Papeleta 865.

Diagnostic: Fossite aguda suppurada. Peritonismo.

Intervenção de urgencia: Laparotomia mediana sub-umbelical. Appendicectomy e salpingectomy direita.

Não drenagem. Sôro contra a peritonite (Pinheiros), 40 cc, por via hypodermica. Mais 20 cc. no terceiro dia.

Melhoras rapidas dos estados geral e local.

Alta, curada, no dia 19 de Junho de 1937.

Total do sôro injectado: 60 cc. Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 32

M. R. branca, casada, com 33 annos, de Campinas, baixa ao nosso serviço, no dia 27 de Maio de 1937.

Diagnostic: Ulcera da pequena curvatura do estomago em preperforação. Peritonismo.

Intervenção de urgencia: Operação de Balfour com Bennet complementar. Drenagem tubular.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros), 40 cc. por via hypodermica.

Melhora rapida do estado geral. Idem do local.

Alta, curada, no dia 5 de Junho de 1937.

Total do sôro injectado: 40 cc. Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 33

H. G., branco, solteiro, com 27 annos, entra em nosso Hospital no dia 1 de Abril de 1937.

Diagnostic: Appendicite aguda suppurada. Peritonite localisada.

Intervenção de urgencia: Appendicectomy laboriosa. Drenagem do abcesso.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros) por via venosa (20 cc.).

Melhora rapida das condições geraes e locaes.

Alta, curado, no dia 8 de Abril de 1937.

Total do sôro injectado: 20 cc. — Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 34

L. P., branco, solteiro, com 26 annos, procedente de Ouro Fino, entra em nosso serviço com a symptomatologia de um processo appendicular agudo. Papeleta 903.

Laparotomia lateral (Roux) de urgencia, appendicectomy laboriosa, pois o appendice está muito adherente, friavel, perfurado em sua base, tendo determinado a formação de um processo peritoneal suppurado e relativamente circumscripto. Placas de gangrena no ceco, grande quantidade de pús.

Drenagem tubular ampla. Sôro contra a peritonite por via hypodermica (Pinheiros), 40 cc.

Melhora rápida do estado geral e local.

Entrada no dia 15 de Agosto de 1937. Alta, curado, no dia 7 de Setembro de 1937.

Total do sôro injectado: 40 cc

Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 35

O. M. F., branco, solteiro, com 15 annos, procedente de Mogy-Mirim, entra em nosso serviço no dia 5 de Agosto de 1937. Papeleta N.º 951.

Diagnosticado: Appendicite aguda suppurada.

Estado geral precario.

Intervenção de urgencia. Appendice gangrenado. Peritonite em vias de generalisação. Grande quantidade de pús. Drenagem.

Sôro contra a peritonite (Vital Brasil): 40 cc. por via venosa. Nenhuma reacção serica, nem immediata nem dos dias subsequentes.

Melhora rapida das condições geraes e locaes.

Alta, curado, no dia 28 de Agosto de 1937.

Total do sôro injectado: 40 cc. — Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 36

A. T., branco, solteiro, com 27 annos, residente nesta cidade, alfaiate, baixa ao Hospital com o diagnostico de appendicite aguda. Papeleta N.º 701. Laparotomia para-rectal (Jalaguier) no mesmo dia 27 de Janeiro de 1937.

Reacção peritoneal intensa. Temperatura ligeiramente acima da normal. Tachycardia. Injecção sub-cutanea de 40 cc. de sôro contra a peritonite (Pinheiros).

Regressão rapida dos phenomenos peritoneaes.

Alta, curado, no dia 4 de Fevereiro de 1937.

Total do sôro injectado: 40 cc.

Resultado: Optimo.

#### OBSERVAÇÃO N.º 37

M. J. S., branca, casada, residente nesta cidade, com 21 annos, é operada por annexite bi-lateral. Concomitantemente é portadora de uma appendicite que na vespera da intervenção soffre um surto agudo.

Papelete N.º 743.

Laparotomia mediana sub-umbelical. Salpingectomia bi-lateral.

Extirpação de um grande cysto hemorrhagico do ovario esquerdo.

Appendicectomy.

Dado a reacção peritoneal intensa, injectamos 40 cc. de sôro contra a peritonite (Pinheiros).

Durante a noite a paciente se agita e pela manhã apresenta phenomenos de hemorrhagia interna.

Reaberta a cavidade peritoneal encontrámos um pequeno vaso sangrando. Ligadura. Reconstituição da parede.

Regressão rapida de toda a phenomenologia.

Alta, curada no dia 13 de Março, depois de 18 de internação.

Total do sôro injectado: 40 cc. Resultado: bom.

## OBSERVAÇÃO N.º 38

A. P., branca, com 6 annos de idade, residente nesta cidade entra em nosso serviço no dia 18 de Janeiro de 1937. Papeleta N.º 691.

Symptomatologia de abdomen cirurgico agudo. Empastamento enorme da fossa iliaca direita. Phenomenos de oclusão intestinal.

Laparotomia para-rectal D. Immediatamente conseguimos exteriorisar uma alça delgada, grandemente dilatada e séde da oclusão.

Abertura da alça e retirada de 53 ascaris de dimensões consideraveis. Appendicectomy complementar.

Regular quantidade de exsudato sero-purulento na cavidade peritoneal.

Vaccina anti-pyogena e 40 cc. de sôro contra a peritonite (Pinheiros). Pulso 110 — Temperatura 36.

No terceiro dia, com temperatura sub-normal ainda repetimos o sôro, na dose de mais 40 cc. No quarto dia, atravez de dreno de borracha saem dois ascaris.

Seis dias após, mais um ascaris se elimina atravez da ferida operatória drenada.

Regressão rapida da symptomatologia peritoneal. Transito intestinal normalisado no fim de oito dias. Evacuações normaes. Alta, curada, no dia 8 de Fevereiro de 1937.

Total do sôro injectado: 80 cc.

Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 39

M. M., branca, casada, com 29 annos, procedente de Campinas, entra em nosso serviço, no dia 1.º de Março de 1937. Papeleta N.º 749.

Diagnostic: Abdomen cirurgico agudo.

Laparotomia de urgencia, extirpação da trompa direita rompida por prenhez ectopica, extirpação de cystos hemorragicos do ovario esquerdo e de salpingite esquerda.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros), 40 cc, por via venosa.

Ausencia completa de reacção peritoneal subsequente.

Alta, curada, no dia 21 de Março de 1937.

Total do sôro injectado: 40 cc. — Resultado: Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 40

F. R. branco, solteiro, com 32 annos, funcionario publico, entra no Hospital no dia 12 de Março de 1937. Papeleta N.º 762.

Diagnostic: Appendicite aguda suppurada.

Appendicectomy de urgencia (Roux).

Sôro contra a peritonite (Pinheiros) 40 cc.

Drenagem. No terceiro dia, mais 20 cc. de sôro contra a peritonite.

Alta, curado, no dia 8 de Abril de 1937.

Total do sôro injectado: 60 cc. Resultado — Optimo.

## OBSERVAÇÃO N.º 41

A. M. B., branca, de Campinas, casada, com 19 annos, baixa no dia 19 de Março, com reacção peritoneal intensa. Papeleta N.º 774.

Diagnostic: Aborto incompleto.



Curetagem de urgencia. Remoção de numerosos residuos placentarios. Não ha signaes de perfuração.

Sôro contra a peritonite (Pinheiros), 40 cc, por via venosa.

Regressão rapida da symptomatologia peritoneal.

Alta no dia 26 de Março de 1937.

#### OBSERVAÇÃO N.º 42

G. B., branca, solteira, com 22 annos, brasileira, residente em Campinas, entra em nosso serviço de urgencia, no dia 9 de Novembro de 1937. Papeleta N.º 1.090.

Enviada por uma nossa distincta collega, a mesma nos informa dos accidentados antecedentes da paciente, victima de uma *faiseuse d'anges*, que proliferam assustadoramente nesta cidade, que elegeram para seu verdadeiro paraíso.

Acerca desse assumpto publicaremos, em breve, um trabalho, illustrado com a presente observação, a de N.º 25, aqui tambem relatada, e mais outra, summamente macabra e que culminou com a morte da inexperienced jovem.

G. B. apresenta uma infecção gonococcica, vaginal e rectal e intensa metrorrhagia, proveniente de manobras abortivas, levada a effeito pela mesma auctora dos outros casos a que alludimos.

Uma exploração summaria revela incontinenti uma perfuração uterina.

A laparotomia exploradora de urgencia, levada a effeito sem demora, accusa uma perfuração do fundo do utero, regular hemorrhagia de coagulos. O epiploon, como sempre, procedeu ao tamponamento da brecha.

Limpeza de cavidade, isolamento do fóco, sutura da perfuração e epiploplastia secundaria. Drenagem tubular multipla.

A reacção peritoneal é de vulto, existindo na cavidade regular quantidade de exusado sero-sanguineo-purulento. A doente narra que a manobra abortiva tivera lugar alguns dias antes.

Medicação requerida pelas circumstancias. Sôro contra a peritonite (Pinheiros), por via venosa, hypodermica e intra-cavitaria, num total de 160 cc.

Alta, curada, no dia 3 de Dezembro, depois de um post-operatorio accidentado, motivado pela infecção gonococcica rectal, que acabou cedendo após a applicação de algumas ampoulas de Stomosina anti-gonococcica.

#### CONCLUSÕES

Do que nos foi possivel observar, no decorrer dos nossos trabalhos praticos expostos nas paginas anteriores, uma cousa resalta de maneira palpavel: a acção maravilhosamente benefica do sôro contra a peritonite.

Si a parte primordial dos successos colhidos pode ser levada a credito da intervenção cirurgica, não se poderá negar o papel altamente efficaz do sôro, como agente subsidiario precioso, da therapeutica da peritonite.

Uma leitura pormenorizada das observações, que, embora em numero reduzido, não deixam de fallar eloquentemente pelo seu significado, permittirá notar a regressão rapida dos phenomenos geraes e locaes graves, em alguns casos até com doses reduzidissimas de sôro e num espaço de tempo diminuto.

O sôro contra a peritonite se impõe como complemento da therapeutica cirurgica, não só nos casos em que o perigo existente salta aos olhos, como naquelles em que é de temer uma complicação mais seria.

A redução insophismavel da gravidade das peritonites tratadas com o soro, a evolução favoravel das mesmas, o encurtamento da duração do mal, são elementos que permittem conferir ao soro contra a peritonite as credenciaes de factor de summa valia no arsenal dos agentes therapeuticos de lucta contra a peritonite em suas variadas formas.

Não ha na nossa exposição o minimo interesse preferencial em relação ao producto em apreço, tanto que lançámos mão de sôros de procedencias varias.

Com todos os resultados corresponderam cabalmente á espectativa.

Regosijamo-nos, com sobra de razão, porém, por ter podido verificar que os sôros nacionaes (Pinheiros e Vital Brasil) mantiveram, com galhardia, o mesmo nivel de efficacia e poder therapeutico do soro de Behring, indiscutivelmente um producto reputado entre o que ha de melhor.

A consequencia logica é a consagração justissima do soro e a adopção irrestricta na pratica diaria.

Vê-se, pois, que a prophylaxia e a therapeutica das peritonites podem encarar, agora, de forma bem mais tranquilisadora, a complexidade do problema.

Endereço: Campinas.

**Nas tosses, bronchites e resfriados**

**PULMATOL**

**CALCIO - CREOSOTO - BELLADONA**

**Efeito seguro e rapido**

**CHLORO-ANEMIA**

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA  
de PARIS

*Exigir os Verdadeiros*

**Pilulas e Xarope**

**BLANCARD**

de PARIS

*Blancard*

Assignatura e Etiqueta verde.

**POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS**

## Tuberculóse ganglionar

(Tratamento pelo methodo chimiophysiotherapico)

**Dr. Francisco Finocchiaro**

*Cirurgião da Beneficência Portuguesa.*

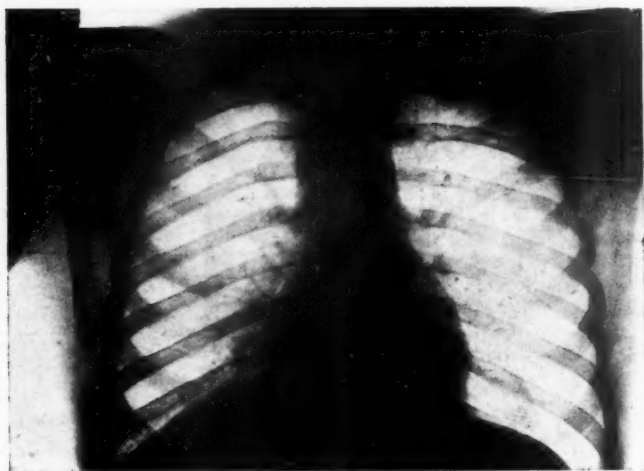
Pelo amigo dr. Eurico Branco Ribeiro foi-me enviado um doente, em novembro de 1935, em condições geraes desesperadoras: emmagrecimento, febre, tosse, multiplas adenites especificas cervicaes e nas regiões axilares, estando, as adenites, na maior parte em fusão e fistulizadas.

O exame radiologico revelou apicite de ambos os lados. (Fig. 1).

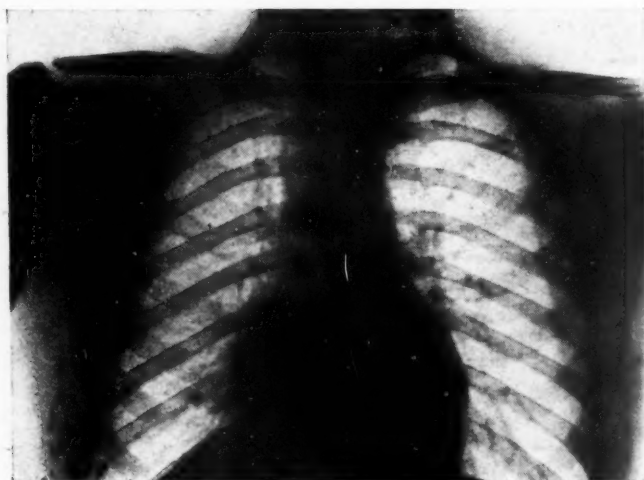


Fig. 1 — O doente antes do tratamento.

No decurso do tratamento o doente teve uma broncho-pneumonia, no fim da qual se formou um abcesso frio na região perirenal direita, com enorme quantidade de pús tenue, característico. Esse abcesso foi por mim tratado com aspirações, introduzindo na cavidade o irradiador secundario — iodo — e applicando a irradiação Röntgen a seguir.



Radiographia feita antes do tratamento.



Radiographia feita no fim do tratamento.

As adenites que ainda se conservavam fechadas, apesar de estarem em franca degeneração caseosa, diminuíram gradualmente de volume. As que já se encontravam abertas levaram mais tempo a regredir. O iodo vinha sendo introduzido quer nos trajectos fistulosos, quer nos pontos circumjacentes às ulcerações: uma gota para cada ponto, servindo-me da seringa de Bartelemey.



Fig. 2 — O doente no fim do tratamento.

Actualmente notam-se augmento de peso, optimo estado geral, apices claros, calcificações em todos os campos pulmonares, ausencia de ganglios infiltrados. (Fig. 2).

Tudo isto confirma a *acção á distancia* do methodo chimio-physiotherapico, conservador, no tratamento da tuberculose extrapulmonar.

Endereço: Rua Vergueiro, 231.

★ IODROL - iodeto e mercurio por via oral ★

## ATROVERAN

*sem entorpecentes*

O mais energico medicamento contra os *espasmos dolorosos* do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

A' base de papaverina, belladona, meimendo e boldo XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

**LABORATORIO GROSS - RIO**





## Dois casos de lithiase salivar (\*)

**Ac. Maria Luiza Mercadante**

*Quintoanista da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.*

Para apresentar o nosso primeiro trabalho scientifico escolhemos a lithiase salivar por ser uma affecção bastante simples e portanto facilmente accessivel aos estreates.

Por outro lado, sendo pouco frequente, trata-se de um assumpto novo para nós estudantes, pelo menos para a maioria; por isso, alem de apresentar os dois casos que tivemos occasião de observar na clinica do Dr. Waldemar Mercadante, em Limeira, falaremos rapidamente sobre os caracteres da affecção, sua symptomatologia, etiopathogenia, tratamento, concluindo com alguns comentarios sobre os casos presentes.

— 1.º caso: *O F. guarda-livros, 31 annos, brasileiro, 29-VII-1936.*

Desde creança apresenta um tumor pequeno, duro, doloroso, situado para dentro do angulo do maxillar inferior do lado direito. A dôr e o volume variam, augmentando á hora das refeições, principalmente á vista de saladas e fructas acidas. Nestas occasiões o paciente procura desviar a attenção dos alimentos, conseguindo assim diminuir os symptomas que o incommodam muito. Estas colicas salivares tornaram-se mais frequentes nestes ultimos mezes.

Certa occasião encontrou um pequeno calculo apparecido expontaneamente sob a lingua.

O exame revela um tumor, do tamanho de uma avelã, mais ou menos arredondado, de consistencia dura, movel sob a pelle, pouco doloroso á pressão, localizado ao nivel em que se inicia o canal de Wharton.

A radiographia (Fig. 1) apresenta uma zona opaca cuja regularidade de contornos não deixa duvida sobre a existencia de um pequeno calculo.

O doente ficou de voltar, quando lhe approvesses, para se proceder á extirpação do calculo, mas quatro dias depois voltou com um abcesso da glandula sub-maxillar do mesmo lado, com todos os symptomas agudos que isso acarreta. Foi feita a sua dillatação por via bucal. Sua melhora foi rapida, desaparecendo, alguns dias depois o entumecimento dos ganglios sub-maxillares que acompanhavam o abcesso. Vinte dias após a intervenção sobre o abcesso foram retirados os calculos abordando-se o ducto salivar pelo assoalho da bocca. Estabeleceu-se assim uma fistula para a bocca a que não acarretou inconveniente algum.

Fez-se a anesthesia local com 5cc. de neotutocaina a 10/00.

(\*) Trabalho apresentado na sessão de 16 de outubro de 1937, do Departamento Scientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

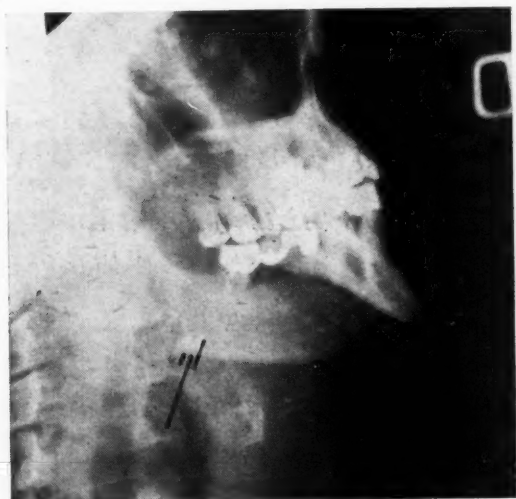


Fig. 1

Radiographia demonstrando a existencia de um pequeno calculo.



Fig. 2 °

Radiographia revelando seis calculos em serie.

— 2.º caso: *O. S. barbeiro, 77 annos, brasileiro, 5-VII-1937.*

Desde menino, quando toma certos alimentos, sente dôr na bôcca e um tumor que se forma no pescoço, do lado esquerdo. Alguns segundos depois tudo cessa. Estas crises tornaram-se mais frequentes ultimamente.

Ha quatro dias, após uma dôr forte encontrou na bôcca uma pedrinha do tamanho de um grão de arroz. Diante disto procurou o medico.

A' palpação sente-se diversos nodulos ao longo do trajecto do canal de Wharton. O ponto de desembocadura do conducto, ao lado do freio da lingua não apresenta congestão nem edema.

A radiographia revela (Fig. 2) seis calculos dispostos em série no canal de Wharton, tendo o maior a dimensão de um caroço de azeitona, approximadamente.

Fôram extrahidos os calculos, abrindo-se o assoalho da bôcca e o conducto salivar, sob anesthesia local.

As intervenções de ambos os casos fôram executadas em Limeira pelo oto-rhino-laryngologista Dr. Ernani Mercadante.

Como se vê é uma affecção banal, chamada com razão por um auctor inglez: — a "CINDERELLA DAS CALCULOSES", interessando o seu estudo aqui, por ser pouco frequente. Vejamos os *caractêres* da calculose salivar. E' observada sobretudo no adulto, sendo raros os exemplos encontrados na infancia. O sexo masculino é mais affectado que o feminino, na proporção de  $3 \times 1$ .

Os casos de lithiase salivar são nove vezes sobre dez, encontrados na glandula sub-maxillar, ou melhor em seu conducto porque os calculos propriamente glandulares são menos frequentes.

A glandula sub-maxillar é mais attingida por ser seu orificio bucal mais accessivel ás particulas alimentares, ao tartaro dentario, e pela maior viscosidade de sua saliva, pois enquanto a parotida é apenas serosa, a sub-maxillar é mixta, secretando principalmente a parte mucosa da saliva, mais rica em materiaes solidos, o que facilita a deposição sobre um corpo extranho.

O numero de calculos é em geral de um a três; já se encontrou porem um caso de trinta. O tamanho dos calculos raramente attinge 2 cms. Existem porem calculos relativamente grandes, e entre nós foi encontrado pelo Prof. Alipio Corrêa Netto, um calculo medindo  $36 \times 29$  m/ms. e pesando 21 grs. Este é um dos maiores calculos até haje encontrados. O Dr. Roberto Oliva tambem apresentou um caso de calculos gigantes, porem menores.

Alguns se juxtapõem ao longo do canal de Wharton, seus pontos de contacto sendo representados por facetas.

Sua forma varia, sendo alongada quando no canal, espherica ou ovalar quando na propria glandula.

Os do conducto apresentam por vezes uma gotteira ou um verdadeiro tunnel no seu centro permitindo a passagem da saliva. Muitas vezes sua superficie de corte apresenta zonas extratificadas como nos calculos biliares.

Em sua constituição chimica predomina carbonato ou phosphato de calcio e em menor quantidade encontra-se saes solúveis, matérias organicas e agua.

A *symptomatologia* é a provocada pela obliteração, quando localizado o calculo no conducto salivar. Durante uma refeição, na occasião de um affluxo salivar abundante, o doente é acometido por uma dôr aguda, localizada na região sub-maxillar, irradiando-se para a lingua e para o assoalho da bôcca. Ao mesmo tempo apparece uma tumefação dolorosa na região sub-maxillar. Isto não tarda a desaparecer, pois logo é rompido o obstaculo e um affluxo de saliva penetra na bôcca. Estas crises não se dão systhematicamente em todas as refeições. Observam-se principalmente com os alimentos acidos e com os que agradam ao paciente; estas crises são descriptas pelos francezes sob o nome de colicas salivares e dos auctores inglezes recebem a denominação de "spasmodic pain"; com esta terminologia subentende-se uma dôr causada por contracção, o que não é verdade, pois o conducto salivar nem fibras musculares tem.

Nos intervallos das colicas o doente sente por vezes perturbações na mastigação, uma sensação de picamento.

Ao redor do orificio bucal do canal de Wharton a mucosa apresenta-se congestionada. Pode-se por vezes perceber a sahida de uma gotta de puz.

Palpando-se o assolho da bocca, entre dois dedos, ou de encontro ao ramo transverso da mandibula sente-se os calculos cuja consistencia é mais ou menos caracteristico. Esta palpação pode nos fazer pensar numa lymphadenite sub-maxillar ou então não se consegue palpar por serem os calculos muito pequenos. Neste caso é preciso distinguir a lithiase de uma periostite alveolo dentaria, de um abcesso do assoalho da bôcca ou de um cysto salivar supurado. Uma radiographia nos tira a duvida, dando-nos uma opacidade quando se trata de calculos. Quando não se obtem a sua imagem radiographica, o que pode occorrer, ou por difficuldade de posição, ou porque se componham predominantemente de substancias organicas obtem-se um diagnostico decisivo com o catheterismo do conducto salivar, mostrando-se este permeavel em qualquer outra affecção que não seja a lithiase.

Pode-se ter a imagem radiographica de todo o trajecto do canal, apreciando-se o estreitamento causado pelo calculo e a dillatação da porção que o precede, quando se injecte collargol ou lipiodol pelo orificio bucal.

A *symptomatologia* é bem diversa quando se trata de um calculo da propria glandula. Provoca rapidamente um abcesso circumscripto que se manifesta inicialmente por uma dôr viva. Toda a região se apresenta tumefeita, a pelle é vermelha e adherente.

A febre, o trismus, o avivamento da dôr no momento da mastigação são *symptomas* accessorios. A pressão do abcesso dá a sahida de puz pelo orificio bucal.

Dever-se-á lembrar sempre que uma submaxillite aguda no adulto tem por causa habitual, senão exclusiva, a presença de um calculo.

Vê-se que este quadro agudo differe bastante da evolução lenta com surtos dolorosos, nos calculos do conducto salivar.

Em casos raros a calculose intra glandular pode determinar tambem, uma esclerose com hypertrophia da glandula fazendo-nos suspeitar de um neoplasma. Distinguiremos pelos signaes de inflammação que acompanham sempre a lithiase intra glandular, principalmente quando se percebe a presença de puz.

Estes *symptomas*, proprios da affecção, são por vezes accrescidos de outros que revelam complicações. Worms relata um caso de lithias da parotida esquerda, existente ha muitos annos, com diversas colicas salivares de grande intensidade. Em seguida a uma destas o paciente é acometido de uma paralyisia facial esquerda total, acompanhada de uma hypersensibilidade dolorosa, á pressão, das regiões supra e infra orbitaria e mentoniana do mesmo lado. O auctor dá a isto a mesma explicação que Barré e Leriche dão á paralyisia facial após secção do trigemeo, no craneo, sem que manobra alguma operatoria intervenha no tronco do stimo par.

A irritação do coto central do trigemeo acarretaria por via sympathica uma congestão passageira do lado do nucleo e do tronco do setimo por. No caso observado o calculo irritaria os ramos que o nervo auriculo temporal envia á parotida. Cremos porém que é muito mais natural e mais simples interpretar a paralyisia neste caso por uma compressão que o calculo exerceria sobre o facial no seu trajecto pela loja parotidiana.

Vejamos alguma cousa sobre a etiopathogenia. São varias as opiniões sobre a etiologia. Wright attribue á simples extase salivar, provocada por um abcesso do assoalho da bôcca ou por outra causa que comprima o conducto. Mas a experiencia não comprovou esta hypothese porque ligando-se o conducto não se obtem a formação de calculos; portanto esta causa deve ser posta de lado. Richet admite que qualquer corpo extranho, como particulas alimentares, tartaro dentario, penetrando no conducto salivar, pode determinar a formação de um calculo. De outro lado são frequentes corpos extranhos nos ductos salivares sem provocar a formação de calculos. E' muito pouco provavel que haja uma predisposição individual, ou que aja uma causa geral, porque então haveria frequentemente a formação de calculos no mesmo individuo em mais de uma glandula ou conducto salivar e isto é excepcional.

Galippe considera a penetração de um corpo estranho uma causa favoravel mas não sufficiente. Elle acha imprescindivel a infecção para que se dê a precipitação dos saes salivares, mesmo que haja um nucleo de origem. Os aglomerados de microbios é que determinariam a precipitação. As conclusões de Galippe fôr-am a origem da theoria microbiana das lithiases hepatica e renal. Esta é a causa mais frequente mas não exclusiva. Verifica-se que nem todos os calculos são septicos e nem sempre ha inflamação.

Deve haver uma outra causa alem d'um corpo estranho e d'uma infecção e é interessante a maneira pela qual Wakeley explica a formação de calculos: estando a saliva exposta ao ar ha um desprendimento de gaz carbonico e precipita-se logo uma pellicula de carbonato de calcio. Quando na cavidade bucal ha bacterias que decompõem as proteínas, a quantidade minima de amonea resultante dessa decomposição vae retirar da saliva o anhydrido carbonico que condiciona a solubilidade do carbonato de calcio. Dando-se uma pequena precipitação tem-se um nucleo para novas deposições, formado á custa de elementos da propria saliva e sem que haja infecção.

Assim sendo conclue-se que duas são as causas da formação de calculos: — a presença de corpos extranhos, principalmente quando são corpos septicos que determinam a inflamação da glandula ou do seu ducto, e a presença destas bacterias que scindem as proteínas. A primeira causa é muito mais frequente.

Quando os calculos se localizam na glandula, formam ahi uma inflamação intensa terminando geralmente num abcesso cuja pathogenia é sobejamente conhecida.

Quando situados no canal salivar determinam lesões chronicas mais ou menos discretas. Geralmente não passam de inflamações erythematosas evidenciadas pela dôr e pela congestão do orificio bucal. Raramente dão inflamações purulentas. Sómente quando a obliteração é prolongada que a glandula reage pelo desenvolvimento de tecido escleroso. Ao mesmo tempo encontra-se no canal uma inflamação aguda que pode terminar na supuração.

Quanto ao tratamento domina a extirpação do calculo pela bôcca. Não se deve retiral-os com uma incisão da pelle para se evitar que depois permaneça uma fistula salivar para o exterior. Tratando-se do canal de Wharton deve-se tomar cuidado com o nervo lingual que o cruza na sua parte media. Quando a localização fôr na porção masseterina do canal de Stenon a unica via de accesso é pela pelle, mas a incisão longitudinal com uma boa sutura posteriormente evita a fistula, via de regra.

A's vezes o calculo sâe expontaneamente com uma simples lavagem da bôcca.



A applicação de antiespamodicos não dá resultados pois como já dissemos o conducto salivar não tem parede muscular. Quando o calculo esteja localizado na propria glandula é preferivel extirpal-a tambem, porque isso não acarreta prejuizo algum e deixando-se a glandula, permanece frequentemente uma inflammação chronica.

Quando se trate da glandula parotida, deve-se conserval-a, contentando-se com a drenagem do abcesso e extirpação dos calculos facilmente accessiveis para não se lesar o nervo facial.

*Commentarios.* — Nos dois casos apresentados vê-se a symptomatologia quasi completa da lithiase canalicular. O diagnostico de ambos foi de grande simplicidade accrescida do facto de relatarem a sahida expontanea de um dos calculos.

No primeiro caso notamos um facto interessante: — é que a sua symptomatologia de calculo intra canalicular tornou-se identica á de calculo intra glandular logo após o exame; talvez porque nesta occasião, ajudado pela proximidade, o calculo tenha sido empurrado para a glandula pela palpação ou tenha apenas atritado o seu parenchyma.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

#### LITERATURA

- 1 — G. H. ROGER, F. TEISSIER — *Nouveau Traité de Medicine*, vol. XV (1926).
- 2 — CECIL WAKELEY — *The formation of Salivary Calculi and their treatment-Lancet*, April, 1929.
- 3 — ALPIO CORRÊA NETTO-GRANDE, *calculo intra canalicular da glandula salivar submaxillar*. Bol. Soc. Med. e Cir. de São Paulo, vol. 14, Março 1930.
- 4 — E. FORGUE — *Precis de Pathologie Externe*. — 2.º vol.
- 5 — G. WORMS — *Paralisie faciale et coliques salivaires*. — Ann. d. mal. de l'oreille, du larynx, 47, Aug. 1928.
- 6 — BARRE — *Revue de Neurologie*, 1254, 1926.
- 7 — HENRI BECLÈRE — *Un cas de lithiase bilaterale des glandes salivaires*. Arch. d. mal. de l'app. digest, 19, Nov. 1929.
- 8 — BOURGEOIS et C. LENORMANT — *Precis del Pathologie Chirurgicale*, tomell.

# GLYCOSORO

O melhor coptra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chlorexada  
Uma injeccão diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratório  
Gros  
Rio de Janeiro

# CHIMIOETHERAPIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

*Por via buccal:*

## SEPTAZINE

(46 R. P.)

Benzyl-amino-benzene-sulfamida  
Comprimidos a 0gr.50 (Tubo de 20 e vidro de 250 comprimidos)

*Por via parenteral:*

## SOLUSEPTAZINE

(40 R. P.)

P. (γ-phenyl-propyl-amino) phenyl-sulfamida - α-γ-disulfonato de sodio  
Ampolas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5 e 50 ampolas de cada dose).

*Prophylaxia e tratamento de:*

Estreptococcia, associada ou não a estaphy-  
lococcus. Meningococcia - Pneumococcia -  
Gonococcia - Colibacillose.

*Dosologia:*

SEPTAZINE - 4 a 8 comprimidos.  
SOLUSEPTAZINE - 20 a 40 cc. por dia,  
em injeções endovenosas, intramusculares ou  
subcutaneas.

RHÔNE



POULENC

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** - CAIXA POSTAL 2916 - S. PAULO

## A propósito de "Problemas do ensino medico e da Educação"

**Dr. Olavo Rocha Filho**

*Inspector da Escola de Pharmacia e Odontologia de Campinas.*

Quanto de inutil e de inconsistente se tem feito em materia de ensino no Brasil, tem sido motivo de numerosos debates na imprensa e de publicações sem conta, mas nenhuma tão precisa e tão clara, com tanta sensibilidade das coisas brasileiras, quanto o livro de Silva Mello sobre os "Problemas de ensino medico e de educação".

A proposito podia-se lembrar o famoso axioma de Bertrand Russel, proposto como base de uma doutrina, que o proprio autor confessa ser paradoxal e subversiva e tão revolucionaria que, se adoptada, transformaria nossa vida social, politica e economica. "E' condehavel a crença numa proposição quando não houver nenhuma razão para se suppôr ser ella verdadeira". Ora no Brasil ha a crença generalisada do poder creador dos decretos, sobretudo no dominio do ensino, malgrado não haver nenhum motivo serio para se admittir semelhante força creadora num simples rabisco no papel.

Pois bem, o Dr. Silva Mello, com a simplicidade do senso commum (ou incommum) nos dá um livro revolucionario, que não é mais que uma tentativa de applicar á realidade brasileira, no que diz respeito ao ensino medico e educação, o axioma de Bertrand. Suas affirmações de tão obvias, são um libello francamente subversivo em meio de normas e de methodos de ensino, de professores e programmas, todos elles considerados verdadeiro tabú pelo grande publico mais ou menos alheio ou ignorante do que poderia ser um ensino realmente bem feito e efficiente. Até os governos que apenas têm, com suas reformas, trocado nomes ou seriação de cadeiras nunca se interessaram propriamente pela razão profunda que mantém o nosso systema de educação, com poucas excepções, num nivel, que a julgar pelos resultados praticos deve ser ainda muito baixo.

Todos os que passaram por um curso medico sentem profundamente a inutilidade e por vezes até mesmo a nocividade de uma porcentagem excessivamente alta de conhecimentos ensinados ou exigidos em exame, ao lado de uma carencia ás vezes completa, de noções praticas elementares que nos passam despercebidas durante todo o curso e que, no entanto, ao primeiro contacto com a clinica diaria se tem de apprender de uma maneira autodidactica, ás carreiras, e com todas as defficiencias desse apprendizado precario.

Já nos cursos pré-clinicos o ensino é ministrado em cursos estanques, onde o alumno raramente descobre qualquer utilidade futura para aquillo que aprende na *Physica*, na *Chimica*, na *Histologia*, na *Microbiologia* e até mesmo na *Physiologia* e na *Anatomia*. Os programmas dessas cadeiras têm uma extensão inaudita e são elaborados expressamente para não serem cumpridos. Tão longos são alguns que um afamado professor estrangeiro de botanica, chegou a declarar que, se demorasse bastante tempo no Brasil talvez conseguisse aprender o programma de botanica elementar de um dos cursos pré-medicos. O criterio seguido é o de se ir dando o curso, até que o gongo salvador, o fim do anno lectivo, o interrompa, sem qualquer escolha racional entre a parte a leccionar e a parte a sacrificar, ficando assim os ultimos pontos, ás vezes os mais importantes, sempre prejudicados. Desse modo, por exemplo, em certa epocha, na capital do paiz, os órgãos de sentidos eram sacrificados em *embryologia*, em *histologia*, em *anatomia*, em *physiologia* e em *anatomia pathologica*. Em compensação, certo professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, passava todo o segundo anno de *anatomia*, sem sahir do estudo da *bocca*.

Depois dessas desilluções, restava ao estudante que queria aprender, a esperança de que, na parte clinica do curso, as coisas seriam differentes e que poderia adquirir então conhecimentos verdadeiramente uteis e até applicar aquella bagagem de conhecimentos que o obrigaram a armazenar e carregar sem saber ainda para que fim.

A's primeiras aulas de clinica entretanto, nova desillusão, mais fragorosa ainda.

O que encontra são preleções complicadas de professores importantes, que só vêm coisas a alguns kilometros diante do nariz. Diagnostica-se diatese hemorrhagica depois de um longo diagnostico differencial, num pobre menino picado de mosquitos, ou se fala até de "*tabes dorsualis*" a proposito de andar "*pisando em ovos*" de um matuto cheio de bicho de pé.

As citações de autores, as interpretações eruditas de accôrdo com as ultimas revistas e o desprezo por uma therapeutica simples mas viavel e racional, fazem com que o alumno saia tão desorientado, que seu maior desejo é fazer desde logo uma cura

de desintoxicação, acabando por decorar um formulario qualquer que o transforma no receitador de purgativos para os constipados, constipantes para os diarreicos, regimes sem sal para os nephriticos e sem assucar para os diabeticos. Cria-se assim o typo opposto ao do professor que só enxerga alguns kilometros diante do nariz: o medico que só consegue vêr dois dedos diante do nariz. Ora como os casos clinicos se localizam em sua grande maioria entre dois dedos e alguns kilometros, permanecem eternamente á espera de profissionaes que os decifrem.

A causa de todo esse descabro é complexa, difficil de ser comprehendida e removida, e seu estudo é o que Silva Mello faz no seu livro, e elle é bem a pessoa indicada para uma tal tarefa. Effectivamente, o ensino é um caso clinico que deverá ser solucionado com logica muito semelhante á que leva o profissional a diagnosticar, prognosticar, e instituir uma therapeutica racional e simples, e nesse sector é Silva Mello o grande mestre.

Se não é o unico, o Dr. Silva Mello indiscutivelmente, foi quem, entre nós, mais a fundo encarou o problema de aliviar o doente, conseguindo collocar em primeiro plano na sua vida profissional essa unica finalidade: resolver o problema não para as galerias, mas para o bem do seu cliente. E' um programma simples mas que mantido a risca, como o faz o Dr. Silva Mello, se torna revolucionario, num ambiente onde, frequentemente, entre as finalidades da clinica, mesmo a particular, a menos importante é a cura do doente.

Pois no ensino as coisas correm paralelo. Os que têm auctoridade para agir neste campo, parece não se terem apercebido de que a finalidade exclusiva do ensino, é criar profissionaes uteis ao meio onde vae agir.

Surgem então reformas feitas para uso e gozo de alguns que se oppõem a toda innovação capaz de, embóra melhorando as condições do ensino, ferir prerogativas sagradas, creadas por reformas inefficientes anteriores.

Um exemplo citado por Silva Mello, e actualizado por acontecimentos recentes, é a sensação de propriedade que têm os professores do material que lhes é confiado para o ensino. E isso que está errado, tem difficultado enormemente o augmento do numero de docentes em todas as faculdades, quando a unica finalidade daquelle material é o proprio ensino, devendo ser elle confiado a todos os docentes que derem provas de capacidade e que, pelas suas qualidades didacticas sejam procurados por alumnos que queiram aprender.

E' evidentemente um absurdo existirem verdadeiros palacios para funcionar com numero restricto de alumnos, justamente onde, pela riqueza de suas installações, com numero adequado de docentes, se poderia instruir efficientemente uma legião de estudantes que actualmente se vão arrastar por escolas menores, mais

pobres, luctando com verdadeiros impasses. E para que numa metade util do dia fique fechado e em descanso este palacio, continuam a se formar profissionaes por aquellas escolas defficientes, adquirindo afinal os mesmos direitos de agir, embóra até de maneira nociva.

Para a solução desse aspecto do problema as successivas reformas foram inoperantes e até contraproducentes. De um lado criando uma livre-docencia peada em suas prerogativas, na dependencia do cathedratico, que, por outro lado se instituiu em juiz e senhor supremo da cadeira e de um material que devia estar ao alcance de todos os que, pelas suas aptidões, demonstrassem a efficiencia de seu ensino.

Como solução immediatamente possivel mostra Silva Mello a viabilidade de se transformarem todas as enfermarias, hospitaes e ambulatorios, financiados ou subsidiados pelo governo, em fôcos de ensino medico, passando os dirigentes desses serviços, provisoriamente, por simples decreto, para a classe dos docentes, até demonstrarem qualidades didacticas. Caso contrario, seriam obrigados a abandonar taes serviços.

Com taes providencias ainda não nos teriamos senão aproximado da esplendida proporção de 1 docente para 10 alumnos, que é a de Berlim.

Outra vantagem que adviria do maior numero de docentes, seria a emulação entre elles, mórmente se as promoções se fizessem sempre de accôrdo com o numero de alumnos habilitados. Além disso, os cursos sendo pagos pela frequencia, o interesse do docente seria o de augmentar as suas vantagens, por um ensino mais proveitoso e assiduidade mais cuidada, sem se desviar por caminhos menos recommendaveis para angariar fama. Essas vantagens reverteriam todas em favor do estudante que escolheria o professor mais affim com a sua mentalidade ou então, por simples questão de horario, este ou aquelle bom docente.

Mas essas reformas todas, precisam ser feitas de modo serio, attendendo aos elementos objectivos do nosso meio, sem exaggeros de inicio, mas tambem sem levar em conta os penhores do coração e da politica, que já nos têm conduzido a taes absurdos que, se não fossem dolorosos, seriam de um ridiculo "a se faire tordre", como os exames por decreto, a Guarda Nacional ou a construcção da sumptuaria rodovia Rio-Petropolis, onde se inverteu um capital, cujos juros, apenas os juros, cerca de 50 contos diarios, dariam, como lembra Silva Mello para manter 1.000 brasileiros no extrangeiro, em missão de estudo.

Tudo que disse deve valer como um apello para que os proximos reformadores do ensino leiam e meditem as palavras do autor de "Problemas do ensino medico e de educação".



Mas aqui vae a unica restricção. De sciencia propria sei o quanto de valioso póde o Dr. Silva Mello trazer para a orientação dos que querem aprender. Assim lamento que a sua actuação tenha sido até agora tão restricta, quando poderia ser muito mais ampla, através de seu serviço da Policlínica, onde tudo se aprende de maneira tão objectiva e onde a finalidade do raciocínio clinico é tão bem interpretada e compreendida. Mas como costumava dizer o proprio autor dos "Problemas do ensino medico e de educação", *nós brasileiros somos muito bons moços, mas um pouco preguiçosos...*

Endereço: Escola de Pharmacia e Odontologia, Campinas.

# Vitamina C

## Cebion<sup>MERCK</sup>

Nas hipovitaminoses C em geral, durante tratamentos dieteticos (afecções gastro-intestinais, especialmente ulcera, diatese hemorragica, molestias infectiosas, escorbuto, pre-escorbuto).

**VITAMINA**

Por via parenteral — ampolas de 0,05 grs.

**Cebion<sup>MERCK</sup>**

Por via oral — comprimidos de 0,05 grs.

**E. MERCK**

Cia. Chimica "MERCK"

CAIXA POSTAL 1651

**DARMSTADT**

Brasil S. A.

RIO DE JANEIRO

O melhor regulador do fígado e do intestino

SULFOBILINA

S

ulfobilina

Enxofre colloidal, bile, boldo, combratum, podophyllum, belladonna

Dose: 1 a 4 drageas após as refeições

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro



## LABORATORIO de ANALYSES

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 120

SALA, 415 -- TELEPHONE 4-5753

S. PAULO

Anatomia Pathologica

Dr. M. J. C. Monteiro de Barros Netto

Analyses Clinicas

Dr. Sylvio Costa Boock

Leiam a

## REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

*Ella encerra toda a  
actividade scientifica da  
Associação Paulista  
de Medicina*

★

**Desejando recebel-a**

*escreva para :*

**Caixa Postal, 2103  
S. Paulo-Brasil**

## Lutz, Ferrando & Cia. Ltda.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 33 - Phone, 2-4998 - São Paulo



### **CIRURGIA :**

*Moveis asepticos, Salas de operações e esterilisações.  
Instrumental cirurgico.*

*Montagem completa para Hospitaes e Casas de Saude.*

### **CHIMICA :**

*Microscopia, Bacteriologia, Physica, Historia Natural.  
Corantes e Reagentes para Laboratorios.  
Material de Leitz.*

### **ELECTRICIDADE :**

*Installações completas de aparelhos de Raios X.  
Electricidade medica, Diathermia, Ultra-violeta.  
Infra-vermelho.*

## ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

## Estudos sobre a malária (\*)

1. Acção da Quinina e dos productos syntheticos sobre as differentes manifestações da infecção paludica.

a) Quinina —

1) Acção sobre os trophozoides na primo-infecção. Uma dose minima diaria de 0,50 grs. de chlorhydrato de quinina basta ás vezes para fazer desaparecer temporariamente os trophozoides de "P. vivax"; mas uma dose media diaria de 1 gr. durante 5 a 7 dias é muitas vezes necessaria para que os trophozoides desapareçam ao terceiro dia, em media, e não reapareçam no sangue peripherico senão depois de um periodo de latencia mais ou menos longo, no decurso de uma primeira recabida. A quartan ("P. malariae") dá lugar, geralmente, ás mesmas constatações. Para o "P. falciparum", a dose media diaria efficaz para obter resultados analogos deve ser fixada a cerca de 1,30 grs. Em certos paizes, é mesmo necessario empregar 2 grs., para obter uma acção rapida sobre o accesso clinico e sobre as parasitas. Com a dose corrente de 1 g., os trophozoides

desapparecem geralmente um dia mais tarde, em media, que no caso de "P. vivax"; ás vezes resistem ainda mais tempo.

2) Acção sobre os gametocyots de "P. vivax" e de "P. malariae". — A quinina, nas doses indicadas, exerce sua actividade parasitocida sobre as formas jovens de "P. vivax" e de "P. malariae" susceptiveis de produzirem os gametocyots e tambem sobre os gametocyots completamente desenvolvidos. Sobre os gametocyots de "P. falciparum" completamente desenvolvidos, a quinina não exerce senão uma acção muito ligeira, mas ella impede tambem a formação dos "pregametocyots" dessa especie; dahi póde-se considerar-a como directamente schizontocida e indirectamente gametocida para "P. falciparum".

3) Sobre os symptomas clinicos agudos da primo-infecção, a quinina, nas doses indicadas, tem uma acção manifesta, a partir do terceiro dia (segundo accesso de febre) na terçan benigna; ella tem uma acção menos segura ou menos rapida, segundo as fontes de "P. falciparum", sobre os

(\*) Resumo de um relatório apresentado á Sociedade das Nações pela comissão composta dos profs. Sergeant e Pittaluga, dr. Balfour e coronel Sinton.

Nas convalescenças :

**SERUM NEURO-TRÓFICO**

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

**INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 146 - RIO DE JANEIRO



acessos da terçan maligna, que resistem muitas vezes até a quinta dose (terceiro ou quarto acesso).

4) Sobre a frequência das recaídas em geral, a quinina tem uma acção evidente mas condicionada pelos factores 'individuaes e pelas fontes de parasitas. Um tratamento das primo-infecções a "P. vivax" e "P. malariae" pelas doses usuas indicadas de quinina (1 gr. por dia) dá recaídas numa proporção de individuos que pôde attingar a 50%.

5) A acção da quinina sobre a esplenomegalia, quando o tratamento é applicado convenientemente em cada acesso, mostra-se de uma real efficacia, no meio endemico, sobretudo nas creanças. Ella é, entretanto, transitoria si a collectividade considerada apresenta muitas recaídas ou está exposta a reinfecções frequentes.

6) O tratamento pela quinina nas doses usuas indicadas não tem nenhuma repercussão sobre o estado geral do doente e não exerce, em geral, nenhuma acção depressiva ou toxica, si se limitar a duração aos dias necesarios. Nessas condições não ha nenhuma razão séria para pensar que esse tratamento possa entrarvar os processos de immunização. Effeitos nocivos podem se produzir nos casos tratados inutilmente durante longo tempo.

#### b) Atebrina —

1) Acção sobre os trophozoides — A atebrina, nas doses de 0,30 grs. por dia (para os adultos) exerce sobre os trophozoides de "P. vivax" uma acção um pouco mais rapida que a quinina na dose ordinaria de 1 gr. Os trophozoides desaparecem, em media, depois da terceira dose, ás vezes mesmo depois da segunda. Esta acção parasitocida da atebrina parece se prolongar mais tempo, no sentido que a phase de latencia da molestia (ausencia de symptomas clinicos) se obtem mais seguramente e dura um pouco mais, depois do fim do tratamento, com a atebrina que com a quinina. Para

os trophozoides de "P. malariae", pôde-se affirmar que a acção da atebrina é do mesmo typo. Sobre os trophozoides de "P. falciparum", a atebrina sobrepuja igualmente a quinina em alguns casos; mas as differenças de fontes, da parasita impedem de estabelecer conclusões uniformes. Os trophozoides de "falciparum" desaparecem do sangue peripherico depois da quarta dose de atebrina na proporção de 90% dos casos.

2) A acção da atebrina sobre os gametocyots é do mesmo typo que a da quinina. Ella não tem nenhuma acção, do ponto de vista da esterilização, sobre os gametocyots do "P. falciparum"; mas a acção sobre a presença no sangue dos gametocyots é talvez mais accentuada que a da quinina, em particular pelo que concerne os gametocyots de "P. vivax" e "P. malariae".

3) A acção sobre os symptomas clinicos do accesso agudo é muito efficaz quer se trate de terçan benigna ou de terçan maligna. Em algumas regiões onde ha talvez as fontes particulares de "P. falciparum", a acção therapeutica da atebrina sobre a terçan maligna é mesmo mais energica que sobre a terçan benigna. Em outros casos parece dar-se o contrario. E' a razão por que varios praticos e paludologos dos paizes tropicaes, preferem empregar a quinina durante os primeiros dias do ataque agudo, e continuar depois o tratamento pela atebrina. A febre tomba, na terçan benigna, a maior parte das vezes depois das tres primeiras doses therapeuticas de atebrina, isto é, ao segundo accesso, e, na terçan maligna, quasi sempre ao terceiro accesso.

4) A acção da atebrina sobre as recaídas é um pouco mais efficaz que a da quinina, sobretudo no que diz respeito a terçan benigna e certas fontes de terçan maligna.

5) O indice esplenico nas collectividades tratadas pela atebrina

parece diminuir um pouco mais lentamente que nas collectividades tratadas pela quinina, mas a acção do medicamento se faz sentir mais longamente durante o periodo de observação que segue o fim do tratamento; a diminuição da porcentagem dos baços volumosos persiste durante mais longo tempo e o restabelecimento do indice esplenico ás cifras elevadas anteriormente sobrevêm um pouco mais tarde.

6) A acção da atebрина sobre o estado geral dos doentes parece condicionada pelos factores que, depois do tratamento pela atebрина, não são ainda completamente conhecidos, isto é, pela acção do medicamento sobre as actividades de defesa organica em geral e sobre os processos de immunização. A coloração amarella da pele produzida pela atebрина representa um inconveniente, sobretudo durante os tratamentos prophylacticos prolongados.

#### e) Plasmoquina —

1) Acção sobre os trophozoides. — A plasmoquina não exerce senão uma acção quasi nulla sobre os trophozoides de "P. falciparum". Ella exerce uma certa acção sobre os trophozoides de "P. vivax", e sobretudo sobre os de "P. malariae". Com pequenas doses não toxicas de plasmoquina associadas ás doses ordinarias de quinina ou atebрина, obtem-se, ás vezes, sobre os trophozoides de "P. vivax" e mesmo de "P. falciparum", melhores resultados.

2) A plasmoquina age sobre os gametocytos das tres especies e em particular sobre os de "P. falciparum", sobre os quaes não têm quasi nenhuma acção nem a quinina nem a atebрина. Na dose minima de 0,02 grs. a plasmoquina esterelisa os gametocytos e ao mesmo tempo diminue o numero delles.

3) Não ha vantagem em empregar-se só a plasmoquina no tratamento dos symptomatos clinicos de accesso agudo, em nenhuma das formas da infecção palustre.

4) A plasmoquina tem uma acção certa sobre a frequencia das recahidas, seja de terçan benigna seja de quartan. Empregada em associação com a quinina ou com a atebрина, ou administrada após estes dois medicamentos, isto é, a quinina ou atebрина, ella exerce uma acção accentuada sobre a prevenção das recahidas seja da terçan benigna (salvo talvez para algumas fontes), seja da quartan e ella parece tambem diminuir a frequencia das recahidas da terçan maligna.

5) Não possuímos dados sufficientes que permittam estabelecer qual é a acção da plasmoquina empregada só, seja na therapeutica seja na prophylaxia sobre o estado dos baços nas collectividades paludicas, porque ella é quasi sempre administrada com outros medicamentos.

6) As pequenas doses de plasmoquina (0,02 grs. por exemplo) que se emprega agora parecem não exercer nenhuma acção depressiva grave sobre o estado geral do doente. E' preciso ter em conta a influencia possivel do uso prolongado da plasmoquina sobre a neo-formação da hemoglobina.

#### d) Associação quinina-atebрина, quinina-plasmoquina, atebрина-plasmoquina.

1) De algumas observações experimentaes que têm sido publicadas levam a crer que não ha nenhuma vantagem, de nenhum ponto de vista, em empregar ao mesmo tempo, no tratamento, a quinina e a atebрина. Vamos agora determinar, pelas pesquisas clinicas ultteriores, quaes são os effeitos desses dois medicamentos administrados um após o outro (em geral, a quinina primeiro, atebрина depois) para o tratamento do accesso agudo de certas infecções, em particular de "P. falciparum".

2) A associação quinina-plasmoquina produz symptomatos toxicos menos frequentes e menos intensos que a associação atebрина-plasmoquina. A associação pro-

priamente dita (isto é, o emprego ao mesmo tempo) da quinina e da plasmuquina até 0,02 ou mesmo 0,03 de plasmuquina por dia para os tratamentos curtos não accarreta pois, contra-indicações particulares. Certos autores aconselham administrar, comtudo, quando é possível, os dois medicamentos um após outro. Para o tratamento de grupos de adultos em observação (soldados, trabalhadores), não ha entretanto, inconvenientes sérios a temer pelo emprego simultaneo da quinina e plasmuquina, que, de outro lado, abrevia a duração do tratamento.

A associação quinina+plasmuquina representa, para a terçan benigna e para a quartan, um dos methodos mais efficazes de tratamento do paludismo. O tratamento pelas doses medias (1 a 1,30 grs.) de quinina+plasmuquina (mesmo somente 0,02 a 0,03 grs. duas vezes por semana) reduz consideravelmente, e talvez mais do que em outro qualquer methodo, o numero de recachidas da terçan benigna (salvo, como o indicamos, para certas fontes) e tambem, em certos casos da terçan maligna.

3) A associação propriamente dita da atebрина e da plasmuquina parece accentuar a toxidade respectiva. Ella não é pois aconselhada, ainda que tenha sido empregada, parece, sem inconveniente, em certas collectividades de homens adultos. Ella não deve ser adoptada, em todo caso, sem uma observação medica. A administração da plasmuquina, após a da atebрина, nas doses convenientes (0,30 grs. de atebрина por dia durante cinco ou sete dias, seguidas de 0,02 de plasmuquina por dia, durante cinco dias), não exerce influencia sensivel sobre a taxa dos trophozoides no sangue, nem sobre as manifestações clinicas; mas este methodo tem, como o tratamento quinina+plasmuquina, a vantagem de diminuir o numero e esterelizar os gametocytes, em particular da terçan maligna ("P. falciparum"). Demais, do ponto de vista clini-

co, ella reduz em proporções apreciaveis o numero das rachidas, seja da terçan maligna, seja sobretudo da terçan benigna e da quartan.

## 2. Indicações praticas para o tratamento e para a prophylaxia.

Sem pretender dar regras imperativas e em respeitando de uma parte, a liberdade pessoal do medico que deve conservar a responsabilidade de sua intervenção therapeutic, e de outra parte, a iniciativa dos paludologos que devem julgar sobre o terreno das circumstancias diversas da epidemiologia local, a Comissão crê estar ao alcance de dar qualquer indicação. Em primeiro logar deve-se ter em conta os factos seguintes, que têm sido o objecto de certas reservas expostas nas paginas anteriores, não somente para o tratamento individual dos doentes, mas em geral para a applicação de todo procedimento therapeutic:

1) a diversidade das reacções das diferentes fontes duma mesma especie de parasitas e dos doentes, aos medicamentos; 2) as indicações particulares da via parenteral para a administração dos medicamentos; 3) os inconvenientes dos productos synthetico (coloração amarella da pelle pela atebрина, toxidade da plasmuquina)..

### a) Tratamento individual dos doentes. —

1) E' para desejar que o medico tenha sempre a precaução de estabelecer pelo exame microscopico do sangue o diagnostico do paludismo e a especie de parasita em questão.

No caso corrente das infecções "P. vivax" (terçan benigna), é quasi indifferente empregar-se a quinina ou a atebрина para o tratamento de accessos agudos. A plasmuquina associada á quinina ou á atebрина, ou empregada em seguida a este medicamento, não produz effeitos uteis apreciaveis sobre os accessos, mas parece

diminuir a frequencia das recahidas ultteriores.

Quando se trata de infecções a "P. falciparum" é útil associar a plasmochina á quinina ou administrar a plasmochina após a atebriana, em vista da acção sobre os gametocytos e sobre as recahidas,

#### b) Tratamentos collectivos. —

A atebriana empregada nos tratamentos collectivos na dose de 0,30 grs. por dia (para os adultos) durante cinco a sete dias, age como a quinina nas doses variantes de 1 a 1,30 grs. por dia durante cinco a sete dias ou mais. Não ha nenhuma razão, fóra da questão financeira, de preferir uma a outra. A conducta do tratamento colectivo depende da intensidade da endemia, caracterizada por um conjunto de factores: frequencia das infecções malignas ("P. falciparum"), virulencia das fontes, sensibilidades das fontes aos diferentes medicamentos, receptividade dos diversos grupos de populações, etc..

E' util que um tratamento colectivo pela quinina ou pela atebriana seja acompanhado ou seguido de um tratamento pela plasmochina, afim de diminuir o numero dos gametocytos e os riscos de recahidas.

A escolha de um medicamento de base para um tratamento colectivo deve ser confiado á decisão das administrações publicas ou dos centros de malariologia que animam ou que dirigem esse tratamento, tomando em consideração os locais e a economia, assim como a preferencia dos medicos e da população. Aproveitamos o ensejo para lembrar que esse medicamento, assim como as doses e a duração de sua administração therapeutica, devem corresponder, na medida do possivel, ao verdadeiro fim: um tratamento colectivo ("mass treatment"). Esse fim consiste: 1) obter o maior numero de curas radicaes de casos de paludismo (tratamento intensivo dos doentes); reduzir ao minimo as probabilidades de transmissão do vi-

rus aos mosquitos, seja pela acção directa sobre os gametocytos, seja pela acção indirecta sobre as parasitas em geral e a diminuição consecutiva dos portadores de formas sexuaes (tratamento gametocida). Convém pois não contar unicamente com a plasmochina para esse segundo fim. A escolha do medicamento de base e a maneira da sua administração á collectividade, em associação immediata ou antes do emprego da plasmochina, obedecem tambem a essa observação.

Entretanto, ha grandes regiões paludicas, principalmente nos tropicos, onde é impossivel aplicar os tratamentos collectivos desse genero, por diversas razões, muitas vezes de ordem financeira. Nessas condições é necessario prever e organizar um tratamento efficaç e immediato das manifestações clinicas afim de restringir a mortalidade e a incapacidade physica dos individuos contaminados. Um tratamento desse genero muitas vezes deve ser confiado aos profanos e uma assistencia medica é difficil, impossivel até. Nessas circunstancias os alcooloides da quinina parecem ser os medicamentos indicados.

#### e) Prophylaxia medicamentosa collectiva.

A prophylaxia medicamentosa collectiva visa dois resultados: 1.º) a protecção da população submettida ao tratamento prophylactico contra as manifestações clinicas do paludismo endemico, para conservar á collectividade — mesmo nas regiões onde ella está exposta a reinfeções repetidas — sua capacidade de trabalho, sem embaraçar sua premunicação; 2.º) a diminuição eventual das causas de infecção dos mosquitos da localidade.

Nulla é o methodo prophylactico, si elle não é applicado ás collectividades disciplinadas sob uma assistencia severa, não está ainda á altura de attingir esses dois objectos. A occasião é opportuna para insistir particularmente



sobre a utilidade — e a dificuldade ao mesmo tempo — de favorecer os processos de immunização da população, que dependem justamente de um grão de tolerancia face-a-face da infecção e das reinfeções repetidas, sem correr entretanto os riscos que acompanham a presença e a persistencia dessas infecções latentes na collectividade.

A experiencia tem mostrado que os resultados mais satisfatorios pôdem ser alcançados pelo emprego de doses diarias de quinina (0,40 grs. durante toda a duração da estação de transmissão do paludismo e mesmo algumas semanas depois); assim como as doses bihebdomadarias de atebрина (de 0,20 grs. = 0,40 grs. por semana) em certas condições. Sobre este ultimo methodo (atebrina bihebdomadaria) que tem dado resultados animadores, é para se desejar que novas experiencias sejam proseguídas. A dose de 0,50 grs. de atebрина diaria preconizada para a prophylaxia mostrou-se insufficiente. A innocuidade da quinina permite a administração pelos agentes subalternos, sem assistencia medica constante. Essa assistencia é necessaria para a atebрина.

A plasmochina não deve ser distribuida para os tratamentos prophylacticos sem a intervenção directa do medico. Seu emprego em prophylaxia collectiva, não será justificado senão pela protecção duma população disciplinada, susceptivel duma assistencia medica constante, em particular com o objectivo de diminuir, a longo prazo, o numero de portadores de gametocytes e de impedir a transmissão da infecção aos anopheles. Certo, a plasmochina é, por excellencia, gametocida, sobretudo a respeito de "P. falciparum". Mas, a quinina e a atebрина exercem egualmente nesse caso uma acção gametocida sobretudo indirecta, destruindo as formas sexuaes em via de desenvolvimento. A efficacia real, sobre o terreno, depende por outro lado em grande parte dum factor

epidemiologico extremamente importante: as creanças. A proporção de creanças portadoras de gametocytes é muito mais elevada que a dos adultos nas mesmas circunstancias de logar (cidade, casa, familia), de endemia e de anophelismo. De outro lado as creanças são mais difficeis de submeterem-se a tratamentos regulares e finalmente como temos indicado, as doses e as formas de administração da atebрина e da plasmochina ás creanças não podem ainda ser consideradas como questões absolutamente resolvidas.

#### d) Eradicação medicamentosa.

A experiencia tem mostrado até o presente que a eradicação do paludismo duma localidade pelos unicos tratamentos curativos e prophylacticos, com os medicamentos dos quaes nós dispomos actualmente, é praticamente irrealizavel. De uma parte, é impossivel alcançar em tempo desejado todos os habitantes de uma região ou mesmo de uma restricta povoação. De outra parte, o tratamento curativo e prophylactico pôde diminuir a morbidade paludica, mas não chega a supprimir as parasitas de todos os portadores.

A Commissão não tem em vista encerrar a questão do preço de custo das campanhas de tratamento e da prophylaxia que depende do custo dos medicamentos e dos gastos pessoais. Ella resalta, em todo caso, a grande importancia desse problema — que será provavelmente objecto de um estudo detalhado, por parte da Commissão do paludismo, no futuro — desde que se trate de escolher os medicamentos para o tratamento curativo e prophylactico das collectividades.

Entre esses medicamentos, a quinina occupa ainda o primeiro logar na pratica corrente, em virtude de sua efficacia clinica e de sua toxicidade quasi nulla, assim como o conhecimento muito diffundido de seu emprego e de sua posologia. No que diz respeito



aos productos syntheticos, dos quaes o primeiro emprego therapeutico data de dez annos unicamente, a Commissão espera ter preenchido a tarefa que lhe foi confiada estabelecendo, em seu quarto relatorio, o estado actual dos nossos conhecimentos sobre

as possibilidades da utilização da atebрина e da plasmogquina no tratamento e prophylaxia do paludismo. Em certas circumstancias, assim é dito bem alto, esses medicamentos, que representam um progresso importante da sciencia, têm um valor particular.

## MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

### Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 16 DE MARÇO

Presidente : PROF. CELESTINO BOURROUL

#### UM CASO CLINICO COMPLICADO - DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA.

— O A. apresentou uma observação clinica de tratamento longo, cujo inicio foi um epitelioma embryonario, curado pelo radio. No 3.º mez sobreveiu um enorme piosalpinx. Na convalescença desta gynecopathia, uma radiographia tirada revelou uma calculose da vesicula biliar além de um unico calculo no rim direito. Na laparotomia removeu-se a bolsa do piosalpinx, appendice e vesicula. Restava o calculo renal que havia emigrado para o ostium do ureter, o qual não foi removido devido á dilatação do mesmo. Foi então necessario praticar-se a operação da descoberta do ureter e malachação do calculo até a bexiga afim de ser expellido pela micção. Na laparotomia houve um incidente : eviceração e 3 mezes depois appareceu uma fistula estercoral : finalmente sobreveiu uma polinevrite, mas felizmente a doente se

acha em bom estado depois de mais de um anno de tratamento.

#### ESTATISTICA CIRURGICA

— DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA.  
— O A. apresenta a estatistica do Serviço da 3.ª Enfermaria de Clinica Cirurgica da Santa Casa, ao seu cargo. Essa estatistica refere-se ao 2.º semestre do anno passado e o seu A. assim resume.  
— Passaram pelo Serviço 605 doentes do sexo feminino. Destas, 308 foram operadas, 297 não. Das doentes fallecidas, num total de 17, apenas 7 foram operadas. O A. explicou o motivo da causa mortis, pelos exames histopathologicos e pela autopsia, e teve a oportunidade de escolher os casos mais interessantes occorridos taes como fracturas, luxações, doenças do estomago, figado, rins, etc., illustrando a palestra com a projecção de grande copia de diapositivos e graphicos.



## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM  
4 DE NOVEMBRO

Presidente : PROF. GERALDO DE PAULA SOUSA

**PESQUISAS SOBRE A ANCYLOSTOMOSE EM S. PAULO. — OBSERVAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DA ANCYLOSTOMOSE PELO TETRACHLORETHYLENO, BASEADOS EM CONTAGENS DE OVOS, ANTES E DEPOIS DA ADMINISTRAÇÃO DO REMEDIO. —** PROF. SAMUEL B. PESSOA e HUMBERTO PASCALE. — Os AA. trataram cerca de 300 pessoas com o tetrachlorethylene, praticando contagens de ovos antes e depois do tratamento. O remedio foi administrado na dose de 0,1 cc. por anno de idade, sendo a dose maxima de 3 cc. Para crianças foi o tetrachlorethylene associado a  $\frac{1}{2}$  gotta de oleo de chenopodio, com 72% de ascaridol, por anno de idade. Obtiveram os seguintes resultados : Tetrachlorethylene: 2 tratamentos reduz para crianças entre 2-10 annos, 72% os ovos eliminados; jovens de 11-20 annos 78%; adultos 3 cc. reduz 84%. Um unico tratamento com o tetrachloreto de carbono reduz nas mesmas doses : crianças 2-10 annos, 67%; jovens de 12-20 annos, 79%; adultos, 80%. Assim, o tetrachloreto de carbono, nas mesmas doses que o tetrachlorethylene demonstrou ser mais efficaç, na base de redução, de ovos, antes e depois do tratamento.

**PESQUISAS SOBRE A ANCYLOSTOMOSE EM S. PAULO — INTENSIDADE DA ANCYLOSTOMOSE NOS ESCOLARES DE VARIOS MUNICIPIOS DE SÃO PAULO —** PROF. S. B. PESSOA e HUMBERTO PASCALE. Os AA. pelo methodo de Stoll de contagem de ovos de Necator nas fezes, estudaram a intensidade e incidencia da ancylostomose

nos escolares de varios municipios de S. Paulo. Os menos infestados se localizam no municipio da Capital, em Santo Amaro; os maiores indices de infestação são encontrados no litoral de S. Paulo. Nas fazendas, crianças que habitam colonias cujas casas são providas de fossas, apresentam intensidade de infestação menor do que aquellas que moram em colonias cujas casas são desprovidas de latrinas. Pensam que se deve procurar nova orientação no combate á ancylostomose, pois acham que o systema actual de confiar exclusivamente a lucta contra as verminoses ao Posto de Hygiene, é falho. Como só o prof. primario tem contacto directo e diuturno com as crianças espalhadas no nosso vasto "hinterland", é a elle que se deve confiar o combate ás parasitoses intestinaes, com a diffusão dos bons principios sanitarios entre os escolares da zona rural. Os Postos de Hygiene agiriam como instructor e coordenador das novas funcções sanitarias, que pesariam directamente sobre os hom-bros do prof. primario rural.

**Commentarios. —** Dr. Borges Vieira : Está de accordo com os AA., mas acrescenta que os professores devem ser instruidos por sanitaristas.

Prof. Paula Sousa : A idéa de se alargar os cursos de educadoras, visava attingir o interior do Estado, o que seria necessario augmentar o numero das educadoras nas classes, de attribuição do governo, mas todos sabem das difficuldades que encontra o curso actual e houve mesmo quem no Serviço Sanitario tivesse querido acabar essa instituição, pois numa visão vesga de apaixonado,

affirmou que o nosso serviço era um americanismo, o que não procede, pois nos Estados Unidos o que ha não tem paralelo, sendo o curso de educadores, criação nossa.

Prof. Samuel Pessoa : Considera a necessidade de termos educadoras, mas o que existe no momento é muito reduzido, o mesmo se diga dos Postos de Hygiene.

Prof. Paula Sousa : Considera a questão como um problema educacional e para isso contribuiria a propaganda pelos livros, seguindo-se por exemplo os moldes de que se serviu Vital Brasil.

**VIRUS DA FEBRE AMARELLA SILVESTRE, ISOLADO EM S. PAULO.** — DR. P. C. A. ANTUNES. — O A. traz o resultado de experiencias que realizou em meados do corrente anno com o virus isolado no Instituto de Hygiene de S. Paulo, de doentes de febre amarella silvestre. Duas amostras de virus isoladas em camondongos, foram inoculadas em "Silenus rhesus". As provas de protecção feitas com o soro dos macacos em experiencia foram negativas antes da inoculação e positivas depois de passados mais de trinta dias, demonstrando assim que o virus silvestre immunizou os animaes contra o virus neurotropico. Os macacos em experiencia foram sangrados

no 3.º, 4.º e 6.º dias apos inoculação e o soro injectado intracerebralmente em grupos de camondongos para verificação do virus circulante; em todos os casos havia virus circulante no 3.º e 4.º dias morrendo os camondongos no prazo e com os symptomas observados após inoculação do virus amarellico isolado de casos urbanos.

**Commentarios.** — Dr. Lucas Assumpção : Referiu que as observações feitas pelo A., corroboram as suas, relatadas num trabalho anterior. Congratula-se e felicita o A. por tão interessante contribuição.

Dr. Borges Vieira : Referiu que o A., com a sua autoridade vem confirmar os trabalhos do dr. Lucas, pois este sempre receava que suas experiencias estivessem acompanhadas de qualquer falha.

Prof. Paula Sousa : Desejo relatar o valor dessas pesquisas principalmente as do dr. Antunes que já antes havia trabalhado na Bahia com Whitman e que em S. Paulo, todos nós sabemos com que interesse elle vinha se dedicando a esses estudos, estudos que foram interrompidos por motivos de ordem legal. Comtudo a qualidade do virus ficou provada, o que constitue um grande serviço.

## SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. PAULINO LONGO

### DA INSULINOTHERAPIA NAS FORMAS DELIRANTES DA PARALYSIA GERAL. —

PROF. PACHECO E SILVA, DR. PEDRO A. DA SILVA e JULIO ANDRADE SILVA (Nova prévia).

— Os AA. apresentam, em nota prévia, os primeiros resultados da insulinotherapie de Sakel na paralysis geral, como medida complementar ao tratamento malárico. Estudam 5 casos de paralysis geral, já tratados anteriormente por medidas pyretotherapicas, inclusive a paludização nos quaes a

applicação da insulina motivou melhoras satisfactorias. Consideram o methodo recurso de incontestavel valor, sempre que persistirem residuos irremoviveis, após o emprego das medidas therapeuticas classicas. São de parecer que a influencia favoravel da insulinotherapie sobre as manifestações delirantes representa efficiente medida preparatoria para se applicar a malaria em condições mais propicias, pois eliminaria previamente os disturbios mentaes exertados na figura psychica

que individualiza a doença de Bayle; tal conducta concorreria para se supprimir as psychoses post-malarietherapicas.

**Commentarios.** — Dr. Mario Yahn: Dispensa-se de enaltecer a importancia da communicação aos AA. Julga que, embora o numero dos casos tratados não permitta conclusões definitivas, um facto ahi merece maior attenção. Consiste na relação entre o tratamento e a mudança na symptomatologia clinica como consequencia immediata e indubitavel, della dependente. Os resultados beneficos são patentes. O que é interessante é que, mesmo sendo demencial o estado da maioria dos doentes, houve melhora indiscutivel caracterizada pelo restabelecimento do contacto affectivo com a ambiencia e pelo desapparecimento dos delirios e allucinações que, em regra, são a causa dos estados de agitação, tão particulares a esta categoria de doentes. Por outro lado, a lembrança de applicar o methodo de Sakel nesses casos, verdadeiramente desesperadores, justifica-se com a simples gravidade que elles comportam no seu prognostico. E' uma tentativa original e de um alcance cuja extensão ainda não se pode prever. Finalmente, para seu esclarecimento, pediu explicações sobre os detalhes da technica empregada pelos AA.

Dr. Paulino Longo: Explicou que no trabalho que apresentou no ultimo Congresso da Associação, baseado em 300 casos tratados pela malaria, expoz, ao lado dos processos obtidos pelo tratamento, as consequencias funestas para um grupo de doentes que vinham a apresentar esta serie de disturbios enumerados pelos AA. e não mais accessiveis a qualquer tratamento efficiente. Era uma lacuna penosa da nossa theapeutica e que o tratamento, agora proposto pelos AA., vem preencher com grande satisfação para todos nós.

Dr. Julio A. Silva: Agradeceu os commentarios e informa ter

empregado a insulinotherapia de accordo com a technica original de Sakel, sem nenhuma modificação.

#### **TUMOR INTRA-CRANEANO E A NEUROSYPHILIS - DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL - A PROPOSITO DE UM CASO.**

— DR. PAULO P. PUPO. — O A. apresentou o caso de uma doente neuro-luetica, portadora de neuroinoma do nervo acustico, interessante, não sómente pela sua raridade, como pela importante questão diagnostica que o mesmo suscitou. Tratava-se de uma senhora de 40 annos de idade, cuja historia morbida datava de 10 annos na época de sua internação, tendo-se iniciado por cephalea, disturbios da marcha, vertigens, surdez no ouvido direito, perturbações no territorio do facial direito, sensação de barulho na cabeça e vomitos. Na época de sua internação apresentava uma syndrome completa do angulo ponto cerebellar direito, ao lado de um primeiro exame de liquido cephalo-rachidiano que indicava paralysis geral progressiva e outros signaes atypicos, com xanthochromia e dissociação albumino cytologica constantes. Os quocientes de Ayala são contrarios á hypothese de tumor. A. R. W. era fortemente positiva no sangue e os antecedentes da paciente indicavam lues. Havia ainda grande baixa da visão no olho esquerdo e cegueira completa por atrophia optica simples no olho direito. Reacção paradoxal do reflexo pupillar á luz, sendo o consensual e da accomodação normaes. O exame do VIII par revelou surdez completa á direita e hypoexcitabilidade labyrinthica do mesmo lado. A radiographia do craneo mostrou signaes de hypertensão endocranea e erosão da ponta do rochedo direito. O quadro mental caracterisava-se por obnubilação inconstante da intelligencia, crises de irritabilidade e hypochondriacas e perturbações da percepção com allucinações auditivas elemen-

tares, dando ensejo ao desenvolvimento de um delirio persecutorio. Afastando todas as outras hypotheses diagnosticas plausiveis, o A. discutiu as duas mais provaveis: syphilis ou neoplasma do angulo ponto-cerebellar. Abordou neste ponto as questões da R. W. positiva no liquido cephalo-rachidiano em ausencia de syphilis, da frequencia dos neurinomas do acustico em relação aos tumores da fossa posterior, da prova therapeutica, da evolução da molestia, chegando á conclusão que se trata de um neurinoma do acustico, baseado na lenta evolução de inicio com perturbações do VIII par, no exame do liquido cephalo-rachidiano (dissociação albumino-cytologica) e tambem no facto de ser este tumor o mais frequente da fossa posterior, ao contrario da gomma que é excepcional. A iodo-ventriculographia directa, evidenciando uma assimetria do 4.º ventriculo com desvio para a esquerda, veio confirmar esse diagnostico. A necropsia, que foi feita sómente para os centros nervosos, por motivos alheios á sua vontade, revelou neurinoma do acustico comprimindo e desviando o tronco cerebral e o cerebello para a esquerda, ao lado de lesões metalueticas do encephalo: reacção meningea discreta, alterações corticaes — adelgaçamento, rarefacção celular, contracção da cellula nervosa, reacção glial e perivascular, presença de espiroquetas; ependimite granulosa em todas as cavidades ventriculares e nevrite optica luetica. Quanto ás perturbações mentaes é de opinião ser difficil e arriscado separar os symptomas dependentes do tumor, daquelles da neuro-lues.

**Commentarios.** — Dr. Carlos Gama: No caso, que lhe parece dos mais interessantes, o que chamou a sua attenção foi a contradição entre precisão clinica do diagnostico e o comportamento therapeutico que deveria ser tambem cirurgico. Aproveita por isso a oportunidade para lembrar aos

clinicos, que não receiem a cirurgia nervosa quando ella se fizer necessaria, como no caso em apreço.

**Dr. Paulino Longo:** Referiu que em um caso recente estudado pelo dr. Mindlin, em que os exames de liquor e sangue foram positivos para a syphilis, toda a symptomatologia simulava um tumor cerebral, assim como a radiologia falava a favor desta hypothese, mas, feito o tratamento especifico ficou o paciente curado, desaparecendo toda a symptomatologia clinica e radiologica.

**Dr. Fernando Bastos:** Referiu a possibilidade opposta, isto é, de um tumor cerebral simulando syphilis, e citou o caso de dois AA. argentinos nesse sentido, em que o exame do liquor foi positivo, mas tão sómente devido a uma hyperalbuminose que o liquor apresentava e independente de um processo especifico.

#### LAMINECTOMIAS — CONSIDERAÇÕES A PROPOSITO DE 36 CASOS. — DR. CARLOS GAMA.

— Trata-se de um trabalho estatistico no qual o A. faz uma revisão summaria das laminectomias por elle praticadas no decurso de 6 annos. Os casos foram divididos em 2 grupos: os seus primeiros operados em 1931, 1932 e 1933 e os demais de 1934 em diante, conforme a technica que observou em Boston, E. U. A., sobretudo com Horrax, e outros assistentes do Prof. Cushing. Tentou o A., a despeito do pequeno numero de casos, estabelecer as condições technicas systematizadas, de accordo com as tendencias pessoas e as possibilidades materiaes. Seguem-se referencias pormenorizadas das diversas particularidades da technica cirurgica e dos cuidados dispensados aos pacientes, antes, durante e depois do acto cirurgico. O grupo das 33 observações foi estudado sob os seguintes aspectos: 1) Incidencia das affecções de accordo com as edades dos pacientes, por annos, e por grupos de 10 em 10 annos. 2) Incidencia das

afecções de accordo com as proprias durações, de anno em anno, e no decurso do 1.º anno, de mez em mez. 3) Incidencia de accordo com a altura da lesão, considerando-se os seguintes topicos: — Columna cervical, alta e baixa; Cervico dorsal: Columna dorsal, alta, media e baixa, dorso-lombar, columna lombar, alta e baixa; lombosacra. — 4) Incidencia de accordo com a séde da lesão, considerando-se: a) intra e extra-rachidiana; b) Extra-dural; c) intra e extra-dural; d) intra-dural; e) raizes medullares, intra-duraes; f) intra-medullar. — 5) Incidencia de accordo com a natureza da lesão. Foram catalogados nas seguintes rubricas: Traumatismos, tecidos inflammatorios, hematoma organizado, lipoleiomyoma, chondroma, sarcoma osteo-blastico, carcinoma metastasico, pachymeningite, meningioma, arachnoidite, neurinoma e myelites. 6) Distribuição neurologica dos casos: a) tetraplegia espastica; b) paraplegias espasticas, com e sem perturbações de esphincteres; c) paraplegias flacidas com e sem perturbações de esphincteres; d) perturbações de esphincteres sem paraplegia; e) syndrome do cone; f) syndrome da cauda de cavallo; g) syndrome de Forster (dores, espasmodicidade); h) fistula com sahida de L. C. R. — 7) Resumo dos dados radiologicos; sob as seguintes rubricas: a) modificações accentuadas do eixo da columna; b) lesões dos corpos vertebraes — fracturas e deformações; c) lesões dos discos vertebraes; d) lesões dos vertebraes com e sem estenose do canal; e) metastases vertebraes; f) corpos extranhos intra-rachidianos; g) diagnosticos feitos pela parada do lipiodol; h) radiologia normal. — 8) Resumo das pressões do L. C. R. (Prova de Stookey-Queckenstedt): a) normal; b) bloqueio parcial; c) bloqueio completo; d) impossibilidade de medir as pressões por irriquetude do paciente. — 9) Extensão da

laminectomia. — 10) Anesthesia, dividindo-se em: a) geral: inalação; b) local (Novocaina a 1% e a ½%, protocaina a 1%, neotutocaina a 1%); c) mixtas (local e geral combinadas — anesthesia de base). — 11) Decubitus do paciente na mesa operatoria: a) sentado; b) direito, esquerdo; d) ventral. — 12) Typo da incisão dos tegumentos: a) rectilinea — transversal e mediana; b) curvilínea — pela direita, pela esquerda e em "S" — 13) duração da intervenção em fracções de ½ hora. — 14) Numero de dias para a concessão da alta cirurgia. — 15) Fallecimento. — 16) Resultados observados durante o periodo post-operatorio: a) cessação do escoamento do L. C. R., no caso da fistula; b) redução da intensidade dos symptomas neurologicos; c) melhoras insignificantes; d) anesthesia das raizes seccionadas, e redução da espasmodicidade; e) lipotymia, choque, com recuperação; f) discreta aggravação temporaria da symptomatologia; g) sem alteração da symptomatologia; h) fallecimentos (colapso peripherico — hyperthermia — choque; i) infecção tardia (provavelmente consequente das perturbações tropicas). — 17) Resultados definitivos: a) curados; b) melhorados; c) sem alterações; d) melhorados, ainda em observação (casos recentes); e) fallecidos. — Como complemento desta comunicação, refere o A., os outros trabalhos sobre laminectomia anteriormente impressos, e constantes da sua bibliographia.

**Commentarios.** — Dr. Paulino Longo: Agradeceu e felicitou o A. pelo que acabou de conseguir na cirurgia medullar. Taes resultados, tão brilhantes, são identicos áquelles que o A. tem conseguido na cirurgia cerebral e mostram-nos tambem que esses perigos que sempre se imputam á neuro-cirurgia são um tanto exaggerados.



## SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. JOSÉ S. HUNGRIA.

**APPENDICITE HERNIARIA**

- DR. ARY DORIA. — A appendicite herniaria é uma affecção cirurgica relativamente rara, apparecendo na media de  $\frac{1}{2}$  por cento das hernias estranguladas. Ha diversos trabalhos sobre o assumpto entre os quaes o dr. Hervin, Maloigne Beaumaty, Pigano, etc. A symptomatologia é bem descripta pelos AA., inclusive L jars e Quervain. Geralmente de situação direita, bem raros casos de appendicite herniaria esquerda, publicados no estrangeiro. Ha alguma differenciação no quadro clinico, que pode nos levar ao diagnostico de appendicite herniaria. Na symptomatologia vamos encontrar dor, tumor irreductivel, temperatura, vomitos, tachycardia, constipação, estado geral relativamente bom e não ha oclusão total, geralmente. O doente continua a evacuação de gazes e fezes. Pigarró refere o caso de um doente que operado 14 dias depois do estrangulamento, evacuava normalmente fezes e gazes. Ha casos em que o abdomen se apresenta distendido globoso, mas são raros. A indicação é sempre de urgencia, impondo-se a drenagem em casos de collecção purulenta. O A. se refere ao caso de appendicite herniaria direita em uma paciente de 74 annos, que foi operada em optimas condições, levantando no 4.º dia com magnifico post operatorio e cura radical da hernia.

**Commentarios.** — Dr. Sebastião Hermeto Jr. : A casuistica é de grande utilidade, pois orienta o cirurgião para as condições que deve adoptar na tactica operatoria, pois nem sempre é possivel se cingir a uma technica operatoria padrão. Na semana passada pude observar um caso de appendicite herniaria, onde o doente não apresentava phenomenos agudos, e após herniotomia, verificamos a presença de appen-

dice nitidamente inflammado e completamente adherente ao sacco herniario. Esse doente ainda não teve alta e procedemos á sua cura pelo processo de Sergio P. Meira Filho, seguida de appendectomy plastica. Não é esse o primeiro caso que observamos, se não me engano, num trabalho do dr. Caldeira está registrado um caso de appendicite typica com hernia crural.

Dr. Ismael Guilherme : Devo referir dois casos que pude observar, o 1.º queixava-se de um tumor abaixo do umbigo, seguido de um quadro de abdomen agudo e o exame physico revelou um tumor inflammado localizado 2 dedos abaixo do umbigo falando a radiographia num tumor retroperitoneal. Feita a operação, constatou-se a presença de um appendice estrangulado, com o seu apice em gangrena. Como esse doente serviu-se de innumeros purgativos, é possivel que, num dos surtos, o apice appendicular se tivesse rompido, formando-se então o abcesso, pois durante a operação encontramos um grão de feijão. O 2.º caso refere-se ao de uma hernia com conteúdo appendicular. O doente apresentava um cordão vermiforme com todos os caracteres de um appendice e o exame radiologico confirmou a existencia do appendice dentro do sacco herniario.

Dr. Soares Hungria : Referiu tambem ter tido dois casos semelhantes. Num delles julgou que fosse um ovario estrangulado, mas tambem poderia ser epiploon e só a anatomia pathologica é que resolverá a natureza do conteúdo. Felicita o A. por ter trazido um trabalho que tão interessantes commentarios despertou.

**CYSTO DENTIGERO DO MAXILLAR INFERIOR E TRATAMENTO PELA ELECTRO-CIRURGIA — A PROPOSITO DO DIAGNOSTICO DIFFE-**



# RENCIAL ENTRE OS CYSTOS DENTIGEROS E OS AMELOBLASTOMAS - DR. S. HERMETO JR. — O A. reviu a literatura basica relativa aos ameloblastomas e cystos dentigeros, salientando os trabalhos de Ivy, Churchill, Robinson e Bercher, Salientou, baseado tambem em seus achados histologicos, as diferenças entre ambos os typos de tumores. Revendo os dados anatomo-pathologicos justificou a classificacão histogenetica de Ivy e Churchill. O problema da malignidade dos ameloblastomas, caracter muito discutido, é analysado á luz dos dados actuaes. O A. salienta, levando em conta o seu caso, a ausencia de malignidade clinica, radiologica e histologica dos cystos dentigeros. A histogenese dos cystos dentigeros é exposta, levando em consideracão os trabalhos fundamentaes de Malassez, Broman e Robinson. O A. estudou um doente, de 18 annos que apresentou um typico cysto dentigero do maxillar inferior, do tipo multilocular e com formações de diversos esboços dentarios, e inclusive um dente completo. O doente apresentara radiologicamente o diagnostico de adamantinoma. O A. procedeu ao tratamento electro-cirurgico, consistindo da trepanação larga dos ramos horizontal e ascendente do maxillar, alliado á coagulacão cuidadosa das porções epitheliaes do tumor: o dente foi retirado com um fragmento da taboa ossea externa. O exame histologico foi feito pelo dr. Paulo Tibiriçá. O A. demonstra diversas microphotographias do tumor estudado, todas mostrando o typico aspecto dos cystos dentigeros. O doente foi apresentado em sessão.

**Commentarios.** — Dr. Francisco Cerrutti: Referiu-se a um caso do serviço do prof. Alipio Correa Neto, de cysto dentigero do maxillar, cujo tumor tinha o tamanho de uma tangerina. O prof. Alipio aconselhou uma biopsia e procedeu-se a uma intervenção conservadora, tendo-se pra-

tiado uma simples marsupialização e com o tempo as paredes do kysto entraram em convalescencia. Deseja perguntar ao A. porque pratica a diathermocoagulacão, uma vez que ella acarreta necroses osseas profundas e se uma curetagem não seria o sufficiente.

Dr. Eurico Branco Ribeiro: Tem a impressão de que o A. quiz eschematizar de modo muito nítido a diferença de malignidade entre o cysto dentigero e o adamantinoma, mas o que se depreheende das casuisticas é a relatividade da cancerização dos adamantinomas, que constitue mesmo um coeeficiente reduzido. Teve 3 casos de adamantinomas e levados os cortes histo-pathologicos ao prof. Lordy, este teve difficuldade em affirmar a não cancerização de um dos casos, nos demais não havendo duvidas sobre ser processo benigno.

Dr. Hermeto Jr.: A questão da electrocoagulacão e a da simples curetagem depende do criterio do cirurgião si o cysto dentigero apresenta um simples revestimento epithelial é claro que uma curetagem será o bastante, mas, se o tumor se apresenta cheio de cavidades, multilocular, anfractuoso, para um desencargo de consciencia do cirurgião a coagulacão parece ser mais indicavel, muito embora possa acarretar necroses, como muito bem lembrado foi.. Quando iniciei minha communicacão chamei a attenção para a litteratura existente sobre a malignidade do adamantinoma, citando casos de adamantinomas com metaplasias. Foram feitas revisões em todos os casos e não querendo negar autoridade ao prof. Lordy, mas apenas referir que esses casos revistos vieram mos-trar que podem ser malignos, enquadrando-se na classificacão de Robeson, isto é: carcinomas myeloblasticos ou então no sentido de sarcoma myeloblastico. Collecções de outros AA. insistem na origem histogenetica desses tumores, evoluindo para um sentido maligno, muito embora a maioria dos adamantinomas tenha uma evoluçao benigna.

Dr. S. Hungria: Agradece ao A. a apresentação do trabalho e com respeito aos seus dois casos deve acrescentar que em um delles fez ressecção ampla do ramo todo do maxillar, porque era um caso infectado, já aberto por um cirurgião dentista e, feito o diagnostico radiologico, teve a confirmação da histo-pathologia. No mais felicita o A. pelo preciso e documentado trabalho e tambem pelos resultados estheticos do caso em apreço.

#### TRATAMENTO CIRURGICO DO CYSTO HYDATICO DO FIGADO — DR. ISMAEL

GUILHERME E DOUTORANDO ROBERTO BRANDI. — Descrevem os AA. succintamente a etiologia do cysto hydatice os casos existentes no Brasil e o desenvolvimento gradativamente ascendente que vem tomando em S. Paulo. Chamam a attenção para a necessidade dos varios exames de laboratorio (reações de Weinberg, Cosoni e formula leucocytaria) que podem precisar o diagnostico da echinococose toda a vez que se estiver em presença de tumores hepaticos orgãos onde os cystos têm o seu ponto primordial de eleição. Condemnam formalmente as punções exploradoras que podem acarretar cystos secundarios de prognostico reservado. Citam um caso que tiveram oportunidade de operar no serviço do prof. Alipio Correa Netto, perfazendo assim o 40.º caso existente em S. Paulo, procedendo-se á extirpação por enucleação e posterior fechamento immediato da ferida hepatica.

Pesava o tumor cerca de 300 grs. e tinha 10 cms. de diametro.

Descrevem a seguir as outras technicas operatorias de marsupialização (Lindemann) e fechamento dos restos fibrosos cysticos (Pozodas) feitos após formalização. Julgam que sempre se deve tentar nos cystos facilmente accessíveis a enucleação, reservando-se para lançar mão das outras technicas caso a primeira se torne impossivel em vista da flacidez das paredes cysticas e das adherencias do tumor com o tecido hepatico.

**Commentarios.** — Dr. Eurico Branco Ribeiro: Referiu ter conhecimento de um caso operado pelo dr. Jarbas Barbosa de Barros, de natureza identica, mas com o particular de estar a paciente grávida e o cirurgião, achando necessidade imperiosa de intervir, executou a operação com pleno exito e assim se poudo levar a termo a gravidez.

Dr. Ary Doria: Referiu que em conversa com o dr. Tancredo de Barros, ficou informado do museu que está organisando com peças obtidas no Frigorifico em que exerce as suas funções e onde elle tem notado um augmento nitido da echinococose, o que vem corroborar com as conclusões dos AA.

Dr. Soares Hungria: Não viu referido pelos AA. a localização do cysto no mesenterio e num de seus casos era de um cysto de localização no mesenterio, tumor tão grande que pesava cerca de 2 kilos e foi preciso fazer a marsupialização.

#### SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA, EM 11 DE NOVEMBRO

**LIGEIRO HISTORICO DA TINTA FAVOSA NO BRASIL — TECHNICA DA EPILAÇÃO CURATIVA (SABOURAUD-NOIRE) — CULTURAS "DITAS" EM MINIATURA PELO METHODO DERIVALIER-SEYDEL.** — DRS. JOÃO PAULO VIEIRA

Presidente: PROF. AGUIAR PUPO

e MARTINS DE CASTRO FILHO. — Os AA. passam em revista os casos de favus estudados no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro e em S. Paulo, notando que a molestia, relativamente rara no Rio de Janeiro, é bastante frequente em S. Paulo. O caso es-

tudado pelos AA. bem como os de outros (Martins de Castro) etc., são seguramente autoctones o que está em contradição com a opinião de certos dermatologistas que os consideram como importados. Apresentam a seguir a observação de um caso de favo da forma pitiroide em creança que, submettida á epilação curativa pelos raios X, segundo a technica de Sabouraud-Noiré, apresentou epilação completa do couro cabeludo após vinte dias. O inicio da "repoussée" aos 4 meses e completa ao fim de 8 meses. O estudo mycologico do Achorion Schonleinii foi feito pela technica ideada por Rivalier Seydel que se mostrou superior á antiga da gotta pendente.

**Commentarios.** — Prof. Aguiar Pupo: A questão do favus é sempre opportuna, tendo-se em vista o aspecto epidemiologico pois é tão frequente no Rio como em S. Paulo e devido, principalmente, ás correntes immigratorias. Os focos estão se multiplicando lentamente no nosso Estado, observando-se o favus entre os caipiras, brasileiros typicos. Mas a solução é facil e deve-se atacar o problema, estancando os focos antes que elles tomem vulto. Já seria tempo de se criar em S. Paulo um posto de Assistencia aos favosos, para a devida depilação. A nossa Prefeitura está tomando medidas hospitalares proveitosas e o momento é opportuno para pleitearmos um serviço bem organizado para a

prophylaxia das tinhas, entre nós. Talvez a nossa propria Secção pudesse enviar um officio ao sr. Prefeito nesse sentido, suggerindo a installação desse centro prophylactico com os respectivos technicos aproveitando-se dos factos arrolados pelo A., o qual deveria annexar a parte historia do assumpto na publicação, pois é elemento de real valor.

**LIPOMATOSE SUB-CUTANEA.** — DR. VICENTE GRIECO e DR. MENDES DE CASTRO. — Os AA. apresentam um interessante caso de lipomatose subcutanea dos membros superiores. Mostram as photographias da doente e os cortes histologicos feitos. Terminam tecendo considerações sobre o diagnostico differencial.

**CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE PELLAGRA.** — DRS. VASCO FERRAZ e MENDES DE CASTRO. — Os AA., vem estudando varios casos de pellagra, apresentam uma nova observação sobre a qual desenvolvem comentarios. Estudam as opiniões dos AA. sobre o diagnostico de erythema pellagroides, pseudo pellagra e pellagra verdadeira. Concluem que o erythema pellagroides não é hoje aceito pelos AA. que o consideram pellagra verdadeira. Apresentam as photographias da doente antes e depois do tratamento feito. Este tratamento foi realizado com extracto hepatico, dando optimos resultados.

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. PEDRO DE ALCANTARA

**ESCLERODERMIA GENERALIZADA.** — DR. LEME DA FONSECA. — O A. apresentou uma doentinha que se encontra aos seus cuidados no Serviço do prof. Pinheiro Cintra. Esclareceu que o seu intuito ao trazer a criança naquella sessão, é apenas o de evitar que a sua eventual retirada do Serviço de uma hora

para outra, pelos paes, empeça que ella seja examinada de perto pelos collegas da Secção. Trata-se de um caso de Esclerodermia generalizada que se caracteriza, segundo Busch, pelo seu prognostico favoravel e por não affectar a pigmentação. Esse A. observara de 1918 a 1923, 14 casos, cuja etiologia elle ligou á moles-

tia infecciosa, sendo 12 á grippe, 1 á escarlatina e 1 á parotidite. O dr. Leme da Fonseca prometeu trazer a uma das proximas reuniões a observação completa da doentinha, cuja apresentação despertou geral interesse e então será discutido.

**CRISES RESPIRATORIAS EMOTIVAS.** — DR. VICENTE LARA. — O A., fazendo o seu estudo em geral e ao analysar as theorias existentes que procuram esclarecer a sua etio-pathogenia, emite uma hypothese de sua propria autoria.

**Commentarios.** — O dr. Espirito Santo diz ter sido a sessão de hoje uma das melhores do anno, por dois motivos: Em 1.º lugar o caso do dr. Leme da Fonseca faz recordar um caso identico que observava quando frequentava o Serviço do prof. Austregesilo, em 2.º lugar pelo brilhante trabalho apresentado pelo dr. Vicente Lara, dada a importancia que para nós apresenta a questão da perda de folego. Refere-se ter observado caso de perda de folego e de espasmophilia em crianças mal alimentadas e com quotas de leite exaggeradas, aggravando estes estados. Acredita que a proscricção do leite é decisiva para a melhora desses symptomas e que uma ração exaggerada em leite agrava a espasmophilia. Ao terminar os seus commentarios affirma que o A. não veio supprir a ordem do dia como referiu, mas sim enriquece-la com o seu magnifico trabalho.

O dr. Pedro de Alcantara disse ter constituido o trabalho do dr. Lara uma verdadeira aula sobre o assumpto. Quanto ao mechnismo dessas crises respiratorias correlacionadas a um espasmo cortical desejaria perguntar ao A. si essas crises quando acompanhadas de convulsões não viriam restringir ou invalidar o mechnismo suggerido pelo A., o laryngoespasmo.

O dr. Alcantara julgou bastante importante o aspecto educativo como muito bem abordou o dr. Lara. Em seguida felicitou e agradeceu ao dr. Lara pela interessante e erudita communicação.

O dr. Vicente Lara agradeceu a todos os que commentaram o seu trabalho e disse que, emquanto o dr. Espirito Santo vê no leite um toxico para a criança, elle vê no leite a sua salvação, pois é a sua alimentação basica. Quando se referiu á alimentação adequada quiz considerar uma racionalização da mesma, associada a outros methodos therapeuticos.

O dr. Espirito Santo diz ter argumentado apenas com crianças mal alimentadas, dystrophicas e portanto onde o leite vem prejudicar as crises emotivas, a espasmophilia e mesmo o rachitismo.

O dr. Vicente Lara refere que Schlossmann escreve cerca de 15 linhas sobre a perda de folego e lembra ao dr. Espirito Santo a necessidade de publicar as suas observações, embora muito isoladas. Acha que são dignas de toda a attenção porque na Europa e nos Estados Unidos esta questão é considerada fóra de duvida.

## SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. FRANCISCO HARTUNG

**SEGUNDA CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS MASTOIDES COMPACTAS.** — DR. RIBEIRO DOS SANTOS. — Resumidamente o autor disse que dos ossos petroso e escamoso do feto sae o tecido osseo esponjoso fetal.

Quando pelos motivos mencionados na 1.ª communicação este fica sob excesso de pressão, evolue para tecido osseo compacto a mastoide que eburnea. O tecido osseo compacto é pobre em osteoclastos. Na mastoide compacta,

pela pobreza em osteoclastos, fica prejudicada a reabsorção ossea, primeira condição mastoidea para a formação das cavidades annexas. Não havendo formação de cavidade a mucosa da caixa não tem onde se insinuar e o seu desenvolvimento não progride. No trabalho mostra a formação de caixa do tympano e cavidades annexas. Reputa ainda a theo-

ria da pneumatização de Wittmaack.

**Commentarios.** — Dr. Francisco Hartung: O A., com o seu espirito altamente scientifico, demonstra sempre uma curiosidade insaciavel de inquirir as verdadeiras causas, merecendo pois de nós todos os nossos applausos.

## SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. OSCAR MONTEIRO DE BARROS

**IMPRESSIONES DE UMA ESTADIA EM ALGUNS DOS PRINCIPAES CENTROS MEDICOS EUROPEUS** (Conferencia). — DR. MESQUITA SAMPAIO. — De inicio informou á Casa que só á instancia do seu dilecto amigo, o illustre presidente da Secção, dr. Oscar M. de Barros, se tinha aventurado a vir occupar a tribuna para tratar desse assumpto, roubando assim precioso tempo dos ouvintes. Explicou em seguida que, projectada a sua viagem ao Velho Mundo, desde logo, dentro do campo medico, dois objectivos o preocupavam. Um correspondente á sua especialidade, a clinica geral, e outro attinente á lucta contra a tuberculose. Este decorrente das suas funções no Hospital Municipal e na vice-presidencia da Liga Paulista contra a tuberculose. Disse então que ao vir prestar o seu depoimento sobre o que fez e viu na Europa, numa rapida synthese, longe estava de pretender ter esclarecido a todos os presentes sobre o que por lá ha, por isso se dispoz para a seguir, prestar todas as informações que estiverem ao seu alcance, aos que desejarem. Preliminarmente resalvou, comquanto esteja de accordo da vantagem de uma viagem de estudos á Europa, ao estabelecer-se confronto com o que aqui já temos no campo da medicina, não foi sem certo envaidecimento que pôde registrar o gráo já avançado do nosso adeantamento. Ao visitar a Italia, occupou-se em

Roma, do problema da tuberculose. Lá esteve no Instituto Carlo Forlanini, modelar instituição para a cura da tuberculose, onde, graças tambem á presença de um patricio, o dr. Soares Martins, lá estagiando para estudos, pôde apreciar tudo que alli se faz, inclusive no campo da medicina scientifica, já pelos cursos para medicos do Paiz e estrangeiros que para lá affluem, como pelos innumerables trabalhos scientificos de lá sahidos e divulgados pelo mundo todo. Graças ao prof. Benedetti, director do Consorcio Antituberculoso de Roma pôde-se pôr ao par do que se faz na Italia contra a tuberculose. Teceu então, as melhores referencias sobre a maneira por que é atacado esse problema nesse Paiz. Considerou, entretanto, impossivel neste momento pôr esse systema em pratica aqui no nosso Paiz, por depender de especial organização economica. Em Genebra visitou o Palacio das Nações, onde o dr. Yves Biraud, do Departamento de Hygiene, amavelmente lhe prestou todos os esclarecimentos. A seguir esteve em Leysin nos Sanatorios Roulhier, onde lhe foi dado apreciar o interessante e util methodo de aproveitamento do trabalho do tuberculoso, bem como, da readaptação do tuberculoso ao trabalho, do que resulta grande alevantamento do moral do doente com reaes beneficios sobre o exito do tratamento. Seguindo para a Alemanha, fixou-se em Berlim onde, devido á utilissima

instituição "Academia Germano-Ibero-Americana" por intermedio do seu dignissimo secretario dr. Paulo Rieper pôde visitar e frequentar as principaes organizações medicas do Paiz, bem como, lhe ver franqueados todos os Serviços que lhe approuve. Assim é, que lá frequentou os Serviços dos profs. Munk, Umber e von Bergmann, dos quaes faz as melhores referencias. Para isso então resultou a importancia de saber fallar o allemão do que, sem duvida, resultará um aproveitamento muito maior. Convidado pela Academia Germano-Ibero-Americana, realizou a 29 de abril p.p. uma conferencia sobre "Syndromos pseudo-physicos de origem nasal" cuja sessão teve a honra de contar com a presença do representante de nossa Embaixada, professores do paiz, muitos collegas do paiz e sul-americanos, inclusive, alguns brasileiros e varias outras pessoas. Realçou nos centros medicos europeus o valor que vem se dando á physiotherapia moderna nas suas varias applicações na clinica. Em Berlim existe já uma cathedra de clinica physiotherapica a qual visitou e muito apreciou. Referiu-se elogiosamente ao Sanatorio de Sommerfeld para a cura da tuberculose sob a competente direcção de Ulrici. Referiu-se á Fuehrer Schulle em Alt Rehse onde estariam os medicos allemães que devem ser aproveitados para o serviço do Estado, afim de ficarem perfeitamente adextrados nos conhecimentos do regimen e de hereditariedade da raça ariana. Conta a visita que fez á Bayer, em Leverkusen, onde foi amavelmente recebido, tendo-lhe sido offerecido um almoço. Passando para Vienna, fallou elogiosamente do Serviço do prof. J. Bauer que frequentou, na Polyclinica, e onde fez varios cursos. Considera Vienna o lugar ideal para uma estadia de estudos, já pelo valor que representa o seu centro medico, como pelo seu povo alegre e amavel como ainda pela belleza da cidade. Com relação á tuberculose,

realça o que lá se fez e salienta o nome do doc. Goelz, que superintende todo esse serviço com excepcional dedicação e bom senso. De passagem referiu-se a um novo methodo de tratamento da tuberculose lá em experimentos por Kutschera, que consiste em provocar-se a tuberculose cutanea afim de se obter a cicatrização de lesões pulmonares. Referiu ainda que em Vienna tem a "American Medical Association" por intermedio da qual pode-se organizar cursos sobre a especialidade que se desejar. Em Paris visitou os serviços de Laubry e Ramond que muito apreciou. Destacou na Exposição o Palacio das descobertas na secção correspondente á historia da Medicina, muito interessante. Manifestou-se muito bem impressionado com o fichario bibliographico do "Monde Medica" onde se encontra vasta litteratura sobre todo assumpto medico que se desejar.

**Commentarios.** — O dr. Monteiro de Barros agradeceu a exposição do A., tecida em quadros verdadeiramente vivos, onde soube destacar as personalidades que foi encontrando, e tambem agradeceu ao A. por ter accedido com tanta gentileza ao convite.

**AS FORMAS ANOMALAS DO RHEUMATISMO ARTICULAR AGUDO — APPARECIMENTO TARDIO DAS MANIFESTAÇÕES ARTICULARES — NEPHRITE COM HYPER-AZOTEMIA — CURA RAPIDA PELO SALICYLATO EM ALTAS DOSES.** — DR. ARMANDO VALENTE.

— Em resumo, trata-se de um doente de 28 annos, em cujos antecedentes morbidos se revela, ha 5 annos, um surto rheumatismal agudo. Este doente apresentou, nos primeiros dias do mes de maio, um estado infectioso de origem indeterminada, caracterizado essencialmente por febre continua, cephália e algumas dores articulares. Este estado se prolongou por muitos dias, sem que fosse possivel escl-



recer a sua verdadeira origem. Tardiamente surgiram manifestações articulares que impuzeram o diagnostico de reumatismo articular agudo, confirmado pelo exito rapido e definitivo da medicação salicylica. Mas o facto mais interessante foi sem duvida, o apparecimento de uma nephrite intensa, com edema, hematuria, hipertensão e hyperazotemia. Esta symptomatologia renal não soffreu modificação apreciavel sob a influencia da dieta lactea e medicação diuretica. A therapeutica fez regredir com rapidez todos os symptomas que denotavam o seu accommettimento.

**Commentarios.** — Dr. Mesquita Sampaio: A observação do A. é muito instructiva e o exito da therapeutica deixa incontestes a solução do caso, apenas perguntaria ao A. qual o ponto de partida dessa infecção: teria sido septicemica ou teria havido algum foco?

Dr. Armando Valente: O inicio foi marcado por uma angina catarrhal, e cuja etiologia não ficou evidenciada, mas a febre veio a declinar, dando-se o restabelecimento completo.

Dr. Mesquita Sampaio: Seria interessante na conclusão estar presente a hemosedimentação, pois seria um indice mais seguro de que o restabelecimento da angina se deu por completo..

Dr. O. M. de Barros: Na observação faltou o electrocardiograma, mas a parte mais aberrante do caso é a nephrite, ou melhor uma glomerulo-nephrite embolica com hipertensão, provocada pela angina e vem a constituir uma observação digna de registro por causa da sua raridade.

Antes de encerrar a reunião communico á Casa que o curso de Metabolismo e Nutrição sob os auspicios desta Secção, terá inicio no dia 22 de novembro de 1937.

## SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. RUY DORIA

**APICOLYSE PELA PARAFINA.** — DRS. CARLOS COMENALE FILHO, FELIPPE FANGANIELLO e GENTIL CINTRA FERREIRA. — Referem-se os AA. a um numero de 4 apicolyses pela parafina, praticadas desde 1934, passando em seguida a descrever a technica de que se utilizaram e o estado posterior dos doentes que foi bom. Passam em seguida ao estudo da therapeutica "apicolyse pela parafina", fazendo o paralelo com a thoracoplastia e as vantagens e desvantagens de uma e de outra. Passam em seguida a relatar as observações dos 4 pacientes: a 1.<sup>a</sup> paciente submetteu-se á intervenção e posteriormente soffreu uma nephrectomia e mais tarde uma cesariana com ligadura das trompas, continuando até hoje clinicamente curada. A 2.<sup>a</sup> paciente tambem teve alta, continuando com escarro negativo. 3.<sup>a</sup> operada, tambem supportou

bem a operação e clinicamente pode ser considerada curada. A ultima operada, com 53 annos, a massa de parafina foi collocada com difficuldade devido á adherencia da pleura. Em seguida referem as conclusões e pensam que a plumbagem embora seja uma operação benigna, deve ceder lugar á thoracoplastia. Salvo em casos especialissimos é que se deve indicar a primeira.

**Commentarios.** — Dr. João Grieco: A mesa agradece a bellissima communicação. De facto, a apicolyse parecia uma operação destinada ao esquecimento e no Jaçaná fizemos 3 intervenções com maus resultados, tendo sido o methodo abandonado. Ultimamente grande numero de AA. voltam a insistir nos resultados dessa intervenção e Bernaux cita 100 casos de bons resultados. No Jaçaná pensamos novamente na sua indicação e ha dias numa Re-



vista Allemã, Krener divulga uma nova technica, a apicolysse por via posterior, onde elle descobre a pleura parietal e o periosteo, trazendo tudo conjunctamente com o intercostal interno para dentro e depois se processa o descollamento até ao limite designado. A vantagem principal desse methodo está em trazer o periosteo, pois este determina a formação de esporões que consolidam mais a compressão do apice. Achamos essa technica muito viavel, mas o A. ainda não refere os resultados que obteve com ella. Essas considerações fazemos apenas para homenagear os AA. e felicitá-los pelos resultados que obtiveram.

O dr. Comenale Filho disse desconhecer o processo referido

pelo dr. Grieco. Parece ser o ponto de descollamento a parte mais interessante desse processo e nas plumbagens que praticamos o inconveniente que existe é de não sabermos até onde deve ser levado o descollamento. Outro ponto interessante é a participação do periosteo, deixando uma grelha ossea e no nosso primeiro caso em que houve um pequeno deslocamento de massa, pelo processo referido, o periosteo teria servido de apoio á massa; parece ser um processo de facil execução e nos nossos casos tivemos felicidade, pois não houve supuração, facto esse que tambem depende da esterilização e qualidade da parafina.

## SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. EDUARDO C. MANSO

### NOVO TRATAMENTO DA BLENORRAGIA (Continuação da discussão) — DR. ARY SIQUEIRA.

Referiu que os 10 doentes apresentados no seu trabalho anterior, continuam no mesmo estado, tendo detalhado todos os exames que voltou a praticar, exame clinico e meios de irrigação. Além desses 10 casos, pôde observar mais 17 casos, inclusive um de vulvo-vaginite gonococcica; sómente em 2 casos o tratamento fraccassou, sendo que um se deve attribuir mais á forma com que o doente encarou o tratamento, não seguindo á risca as suas condições. Refere tambem uma observação americana cujo A. está combatendo a metahemoglobinemia causada pela sulfanilamida pelo azul de methyleno.

**Commentarios.** — Dr. Nestor Moura: Empregon, segundo refere, esse novo tratamento preconizado pelo A., em 20 casos, sendo que em 5 agudos, onde até ao 4.º dia houve uma melhora accentuada, para com 2 diminuição das doses reaparecerem os symptoms; em 9 casos sub-agudos com resultados identicos

em 6 chronicos, obtendo 2 curados, 3 fraccassados e 2 estão em observação.

Dr. Souza Aranha: Refere suas experiencias therapeuticas pela sulfanilamida constante de 3 casos, e nos quaes fraccassou apesar das doses altas, e pensa que esse tratamento deve ser considerado como coadjuvante de outras therapeuticas.

Dr. Pedro A. Fanganiello: De-seja communicar um caso tratado pelo Stopton onde na 9.ª dose a blenorragia cedeu, e tambem num outro o corrimento cedeu inteiramente, continuando os casos em observação. Tambem acha prematuro, nos vangloriarmos de uma therapeutica que deve ser sancionada com um periodo de observações mais longo.

Dr. Lamartine Assis Cintra: Indagou do A. se existem experiencias demonstrativas da acção do nucleo de sulfanilamida sobre o gonococcus.

Dr. Eduardo C. Manso: Empregou o tratamento preconizado. Num caso o corrimento não cedeu por nada e no outro a cura pôde ser tida como radical, pois nesse até o momento presente verificou-

se ausência de gonococcus pelos exames praticados. E' optimista e acha que esse medicamento terá um grande futuro e que a therapeutica da blenorragia tomou uma orientação certa e quem sabe não se esteja passando com a sulfanilamida aquillo que aconteceu ao "606" e "914" na therapeutica da syphilis.

O dr. Ary Siqueira : Nos casos agudos os resultados dessa therapeutica são variaveis e é muito opportuna essa comparação do dr. Costa Manso com o que se deu em relação ao "606" e "914". Sobre a questão de trabalhos experimentaes devo informar que Levadite e Waismann publicaram na "Presse Medicale" um trabalho por onde se vê que conseguiram injectar uma cultura de gonococcus exaltada com muscina em camondongos brancos e os camondongos testemunhos tratados pela sulfanilamida resistiram muito mais do que aquelles não tratados. No estado actual com os nossos 30 casos mais os resultados de Felk, Frank e outros com um maior numero de casos respectivamente, podemos concluir que é uma therapeutica que traz resultados satisfactorios muito embora se trate de uma cura apparente devido ao pequeno tempo de observação e pode ser que volte a esta Secção e com toda a honestidade para declarar que os seus resultados tinham sido apparentes na realidade, mas por enquanto podemos concluir que ainda não vimos um medicamento que dê resultados tão palpaveis.

#### OPERAÇÃO DE STEINACH

- DR. A. A. ALMEIDA PRADO. — O que é a operação de Steinach? Nada mais que uma vasectomia, uma ligadura dos deferentes com a retirada de um segmento dos mesmos. Steinach fez as suas observações em ratos, e Lichtenstern as praticou no homem; Steinach empregou dois processos: 1.º) fazia a separação da cabeça do epididymo do testiculo, isolando-o completamente; 2.º) fazia a ligadura do deferente bem pro-

ximo do epididymo. Lichtenstern praticando a ligadura dos deferentes, observou melhoras no estado geral do paciente, augmento de peso e maior capacidade de trabalho physico e intellectual. Após a operação de Steinach, ou vasectomia, ha uma transformação da funcção do testiculo; as cellulas intersticiaes se multiplicam não mais havendo eliminação de espermatozoides. A acção physiologica da operação dita de Steinach é ainda difficil precisar no estado actual dos nossos conhecimentos; lembra-se a hypertrophia das cellulas intersticiaes, que ella provoca, certamente, a acção das cellulas de Sertolli, que augmentam de numero. Um grande numero de factos physiologicos mostra que esses resultados de ordem histologica, que são certos, não podem ter o valor physiologico que lhes attribuem. O que parece verdade é que a ligadura das vias excretoras do testiculo, parando a excreção espermatica, provoca, ao menos durante um certo tempo, uma modificação da secreção interna do testiculo que não podemos localizar com certeza numa categoria determinada de elementos. Ora, a hypertrophia prostatica parece incontestavelmente, devida a uma perturbação dessa secreção interna a um desequilibrio das substancias que agem, de uma parte sobre a secreção dos acinos prostaticos. Não é illogico que a ligadura sub-epididymaria possa, modificando esse equilibrio, agir num certo numero de casos. E', de outra parte, comprehensivel que a sua acção seja ás vezes insignificante ou nulla, porque depende naturalmente do estado endocrino da glandula genital no momento da intervenção, estado este que nada nos permite prejudgar, fora das analyses dos hormonios nas urinas, que são difficeis e longas (Trabalho de Champy, relatado por Heitz Boyer, no "Journal d'Urologie", junho de 37. n. 6, "A proposito da ligadura sub-epididymaria, operação dita de

Steinach"). P. Jansen no seu artigo "Tratamento da hypertrophia da prostata", pag. 148, de "Zeitschrift fuer Urologische Chirurgie", n. 30, vol I e II, de 1930, diz que pratica systematicamente a ligadura dos deferentes, não com o fito de diminuir a prostata, mas para evitar a tão frequente e desagradavel epididymite post-operatoria. Corbinau, Peschkie e, especialmente von Haberer, chamam a attenção para os bons resultados. Um doente, syrio, entrado na 2.<sup>a</sup> C. H., com retenção completa de urina, foi por um dos nossos companheiros operado de talha e, mais tarde, fizemos a vasectomia, verificando com surpresa, que o doente não necessitava mais da prostatectomia, pois ficou urinando com facilidade e sem urina residual. Outros doentes que se levantavam uma ou duas vezes para urinar, durante a noite, após a vasectomia não mais sentiram a necessidade de levantar para urinar, notando uma melhora no seu estado geral, mais disposição para o trabalho, estando certos de que, se forem operados de prostatectomia, não terão epididymite, o que é alguma vantagem. R. Chwalla, dá 10 a 15% de epididymites post-prostatectomia. Não tenho a pretensão de curar a hypertrophia da prostata, com a vasectomia, ou Steinach, mas tenho a

satisfação de ver um post-operatorio mais calmo, e mais agradável para o doente.

**Commentarios.** — Dr. Ary Siqueira : Refere ter tido um caso de prostata num paciente de idade avançada e estando aqui nessa ocasião o prof. Jorge Gouvea achou que esse paciente devia ser submettido á operação de Steinach, a qual foi praticada, beneficiando muito o doente, pois, passou 5 annos bem, urinando livremente, sem ser preciso cateterismo. Esse doente veio a fallecer agora aos 85 annos e reneceitou de cateterismo, tendo então insistido que se fizesse uma talha hypogastrica e praticada, cahiu o paciente numa grande desnutrição, não se deu a cicatrização da ferida operatoria, formando-se uma escara e o paciente veio a fallecer de pneumonia.

Dr. Costa Manso : Essa questão tem sido muito discutida defendida e combatida tenazmente e não sabemos se essa intervenção age por um reflexo no collo da bexiga, ou se por uma modificação da secreção da glandula testicular, nesse caso o tratamento opotherapico seria mais aconselhavel, reservando-se o tratamento cirurgico apenas para os casos em que o collo da bexiga tivesse participação.

## SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM

29 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. ALVARO GUIMARÃES FILHO

**ETIOLOGIA DO PROLAPSO UTERINO** — DR. JOSÉ MEDINA. — O A. pretende divulgar algumas noções imprescindiveis para o tratamento do prolapso uterino, baseado principalmente numa questão anatomica defendida por dois gynecologistas viennenses. Aborda então o "retinaculum uteri", segundo as noções da Escola Viennense, estudando a estrutura do mesmo constituido

por uma porção firme, comprehendendo uma parte vertical e uma horizontal, e uma porção areolar destituida de importancia na estatistica do utero. Estuda em seguida as expansões dessa primeira porção, sua constituição, suas relações com outros órgãos, concluindo pelo papel importante que deve desempenhar essa formação na estatica uterina que constitue o aparelho de suspen-

são. Estuda em seguida o papel do musculo elevador do anus na sua porção interna que vem a constituir o aparelho de sustentação, passando em seguida a tecer considerações da maneira como se deve processar ou operar um prolapso uterino, segundo essas novas concepções.

**VERIFICAÇÃO DO TEST DE GILFELLEN E GREY PARA O DIAGNOSTICO BIOLOGICO DA PRENHEZ.** — DRS. EDGARD BRAGA e FUAD DAUD. — Os AA. chegam ás seguintes conclusões: — A cuti-reacção para diagnostico precoce da gravidez apresenta uma porcentagem elevada de resultados positivos sem entretanto attingir uma fidelidade absoluta. Nas mulheres bem constituidas, de cyclo menstrual perfeito, dá resultados nitidos a CR. Nas mulheres que apresentam perturbações hypophysarias, ovarianas, ou de outra glandula de secreção interna, de um modo geral, endocrino-sympathicas, a CR dá resultados variaveis, CR deve ser manejada com habilidade e segundo a technica indicada e a sua leitura pode ser excepcionalmente feita além dos trinta minutos preconizados. Toda vez que houver formação de um erythema nitido em torno da papula de inoculação, durando mais de uma hora, pode pensar-se em ausencia de prenhez. Toda vez que faltar qualquer reacção local, no ponto de inoculação, sobretudo excluidas as hypotheses clinicas de uma amnorreia polyhormonal, de uma metropathia hemorrhagica ovariana, de uma mola hydatida ou posteriormente de um chorioepithelioma, deve diagnosticar-se gravidez. Toda vez que em torno da papula formar-se uma pequena reacção atypica, ora um rubor, ora uma aureola avermelhada, de fraca intensidade, o diagnostico é reservado, para o examinador pouco experimentado. Todavia, se após 30 ou 50 minutos, tiver inteiramente desaparecido o rubor,

é muito provavel tratar-se de gravidez. Sommas todas estas considerações, poder-se-á concluir praticamente: A CR absolutamente negativa é igual á prenhez, exceptuadas todas as causas de hyperfolliculinemia. A CR tipicamente positiva é igual á ausencia de prenhez.

**Commentarios.** — Dr. Licio Dutra: Refere que já teve oportunidade de praticar algumas vezes esse test e com resultados animadores, numa das vezes deu-se até a confirmação pela reacção de Zondek. Quanto ao fundamento do methodo encontramos uma detalhada explicação, numa revista de Havana, "Archivos de la Sociedad de Estudios Clinicos" onde o A., Hector Rocamora, inclui nesse artigo todas as conclusões mais importantes a que chegou Alfred Loeser, em meio de 1932, em seus estudos sobre o conteudo hormonal da pelle de mulher gravida.

Dr. A. Guimarães: Agradeceu a interessante contribuição, dizendo que aguarda novas comunicações a respeito.

**TORÇÃO TUBARIA.** — DRS. DOMINGOS DELASCIO e LINNEU SILVEIRA. — Os autores iniciam o seu trabalho com considerações sobre o abdomem agudo de origem genital. Insistem sobre as eventualidades que mais frequentemente determinam esse estado. Focalizam a torção annexial de preferencia a torção tubaria. Nesse particular apresentam considerações clinicas e anatomo-pathologicas. Individualizam de maneira precisa a torção em trompa normal e pathologica. Evidenciam as modificações do pavilhão que poderão orientar para a torção em trompa normal ou affectada. Terminam o seu trabalho revelando a alta significação do exame histo-pathologico nos casos de torção tubaria. O trabalho sahirá publicado na integra pelos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia.

TH  
PHY  
PRO  
FRAN  
A. fr  
radio  
confi  
des c  
effeit  
trata  
inter  
zil-a  
form  
lizaç  
com  
e su  
da m  
quan  
acção  
bre i  
diad  
fecci  
ções  
res,  
nota  
proc  
dor  
aquo  
recta  
elem  
aden  
mun  
esta  
vita  
obte  
usad  
culor  
hora  
a in  
deix  
ca  
raçã  
agul  
evit  
pequ  
aquo  
diag  
med  
10

## Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguêsa

SESSÃO DE 9 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

### TRATAMENTO CHIMIO- PHYSIOTHERAPICO NOS PROCESSOS AGUDOS. — DR.

FRANCISCO FINNOCHIARO. — O A. faz um resumo da acção da radiologia nos processos agudos confirmando as opiniões concordes de todos os autores sobre o effeito benefico deste methodo de tratamento, que pôde evitar a intervenção cirurgica. ou reduzir-a a menores proporções. Conforme a opinião do A. a sensibilização do fóco doente, de accordo com as directrizes de Ghilarduca e sua escola, augmenta o effeito da rontgentherapia pura. Emquanto que a rontgentherapia tem acção nulla ou pouco evidente sobre as bacterias, associada a irradiadores secundarios no fóco infectioso, pela producção de radiações características e corpusculares, adquire um effeito bactericida notavel, abreviando o curso do processo. O A. usa como radiador secundario o iodo em solução aquosa e admite uma acção directa dinamica e chimica deste elemento. Nos casos que relata, adenites, mastites, abcessos communs, apesar de estarem já em estado adiantado, parecendo inevitavel a intervenção cirurgica, obteve com a mesma technica usada para os processos tuberculosos, a cura, ás vezes em 24 horas, de collecções purulentas sem a intervenção cirurgica, e sem deixar cicatriz alguma. A technica empregada consiste na aspiração do pís por meio de uma agulha, em ponto não declive para evitar fistulização, introducção de pequena quantidade da solução aquosa de iodo e em seguida irradiação da região com raios de media penetração, durante 5 a 10 minutos; não é necessario o

emprego de raios de grande penetração como usavam os autores com o methodo rontgentherapico. Para o A. o processo de sensibilização dos focos doentes, aos raios X, por meio de irradiadores secundarios, como o iodo, abre novos horizontes á therapeutica conservadora dos processos inflammatorios agudos.

**Discussão.** — O dr. Mendonça Cortez felicita o A. pelo interessante trabalho, no qual se pôde distinguir duas partes: na primeira o A. mostra a acção da rontgentherapia na infecção, acção essa que não se pôde discutir. Na segunda parte, que é mais interessante, mostra a vantagem de se injectar substancias irradiantes no fóco, após a evacuação do pus, o que dá um cunho pessoal ao trabalho. Faz entretanto, uma pequena objecção: é muito difficil tirar conclusões em medicina sobre as vantagens de um ou outro methodo de tratamento. A erysipela, por exemplo, é desnorteante, pois se cura com tudo e com nada. No doente de Nicolas Favre, com o tratamento indicado pelo A. apenas a curva de temperatura foi influenciada; com o uso de iodeto de sodio a 10% não se obteria o mesmo resultado? Ha quanto tempo está esse doente em tratamento?

O dr. Finnochiaro responde que a quinze dias.

O dr. Cortez acha que o numero de casos observados ainda é insufficiente para se tirar conclusões a respeito desse methodo.

O dr. Finnochiaro diz que não apresentou o trabalho para mostrar as vantagens do seu methodo de tratamento, mas apenas para tornal-o conhecido; não nega o

valor dos outros methodos. Quanto á casuistica, não possui meios para ter um grande numero de casos, que lhe permittam tirar conclusões das vantagens do seu methodo sobre os dos outros.

O dr. Carlos Ferreira da Rocha felicita o A. e relata um caso de orchite aguda blenorragica que regrediu completamente em 24 horas: pincelou com iodo o escroto e fez irradiações com ondas curtas.

O dr. Jayme Rodrigues diz acreditar ser o methodo do dr.

Finocchiario mais um meio de tratamento dos processos agudos; se elle é o melhor ou não, só um grande numero de casos tratados pela chimiophysiotherapia o poderá mostrar.

O dr. Finocchiario accentua a impossibilidade de trazer dados estatísticos relativos ao seu methodo, por não dispor de numero sufficiente de casos clinicos.

O trabalho foi publicado em Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXXV, 251, março de 1938.

### SESSÃO DE 3 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. ADHEMAR NOBRE

**PROLAPSO TOTAL DO UTERO EM CANCER DO CORPO; INTERVENÇÃO POR VIA VAGINAL; CURA.** — DR. JARBAS BARBOSA DE BARROS. — Tratava-se de uma doente de 54 annos com prolapso uterino total, e com perdas sanguineas frequentes. Foi feita uma curetagem, retirando-se material com aspecto granuloso caracteristica do cancer uterino. Resolveu-se, então, praticar a histerectomia que foi feita por via vaginal. A intervenção foi laboriosa, principalmente a reconstituição; foi feita a colporrhafia anterior e posterior, com fixação do fundo da vagina nos ligamentos redondos e uteros sacros. Havia já metastase do tumor no ovario esquerdo. O post-operatorio foi simples; ileo com vomí-

tos no terceiro dia e no quinto dia a doente vomitou quatro ascaris. Vinte dias após a operação foi dada alta á doente.

**Discussão.** — O dr. Eduardo Cotrim felicita o A. pelo brilhante resultado da operação e aproveita a oportunidade para mostrar as radiographias da bexiga no prolapso uterino. Pelo repuxamento do fundo da bexiga esta toma uma forma de "purunga" muito interessante.

O dr. Jarbas Barbosa de Barros agradece as palavras do dr. Cotrim e salienta que o interesse da cystographia não é tão grande nos casos de prolapso uterino como em certas hernias inguinaes em que ha tambem cystoele.

### SESSÃO DE 4 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

**TUMOR DO MESOCOLON AO NIVEL DO ANGULO HEPATICO.** — DRS. JARBAS BARBOSA DE BARROS e JAYME RODRIGUES. — Trata-se de um doente que ha um mez vem sentindo mal estar, cansaço, cephalea, anorexia, perda de peso; ao exame physico encontrou-se um tumor no hypochondrio direito tendo

sido feito o diagnostico de tumor do rim direito. O caso foi então entregue ao dr. Jarbas Barbosa de Barros que praticando uma pyelographia nada de anormal encontrou no rim direito a não ser uma leve ectopia do mesmo. O doente continuava a perder peso e começou a ter febre á tarde; foi então lembrada a hy-



pothese de tumor do intestino grosso tendo o dr. Eduardo Cotrim feito o diagnostico radiologico de tumor do angulo hepatico do colon. Foi então resolvida a intervenção, levada a effeito por incisão transrectal encontrando-se o colon congesto, edemaciado e um tumor no meso colon. Feita uma punção ao nivel do folheto externo do meso colon foi negativa; nova punção, agora no folheto interno, deu grande quantidade de pus. Foi feita então drenagem do tumor por meio de uma sonda; a evolução do caso foi boa. Dez dias após a intervenção sahira pela sonda regular quantidade de fezes, o que mostra que o abcesso talvez se curasse espontaneamente pela sua abertura no intestino grosso. Foi feito o exame do pus não se tendo ainda o resultado. Quanto á etiologia desse abcesso, é obscura; talvez tenha sido causado pela suppuração de algum ganglio do meso colon.

**Discussão.** — O dr. Eduardo Cotrim diz que sob o ponto de vista radiologico o ponto era bem elucidativo: havia parada do contraste ao nivel do angulo hepatico, que não era definitiva, pois no fim de certo tempo o cecum se enchia; falhas de enchimento que se são indícios de cancer, não são, entretanto patognomicos do cancer; neste caso a presença de falhas de enchimento é explicada pelo edema da mucosa. O ascendente e o transversos eram paralelos mas separados; se tivesse sido notada essa disposição do grosso ter-se-ia chegado com precisão ao diagnostico exacto de tumor do meso colon ao nivel do angulo hepatico.

O dr. Francisco Finnochiaro pergunta si foi feito hemo gramma.

O dr. Eurico Branco Ribeiro diz ser o caso muito interessante, principalmente sob o ponto de vista etiologico; teve já a oportunidade de observar um caso de adenite mesenterica por pneumococcus no qual a febre era baixa, passando desapercibida ao doente; foi realizada a marsupialização, não havendo contaminação da

cavidade, o que mostra a pouca influencia do germe.

#### **SYNDROME DE CHEYNE STOKES NO POST-OPERATORIO.** — DOUTORANDO GEORGES ARIÉ.

— O A. relata um caso de cancer da base da lingua com metastases cervicaes, que no post-operatorio apresentou o syndrome de Cheyne-Stokes. O doente apresentava um tumor do tamanho de uma noz no lado esquerdo do pescoço, placas brancas na garganta; ao exame notou-se um tumor saliente com a extensão de uma moeda de 400 réis occupando a metade esquerda da base da lingua, atraz do V lingual; ao toque digital tem-se a impressão de dureza. Os ganglios submentoneiros e submaxillares esquerdos estavam comprometidos formando com a glandula submaxillar um bloco unico; comprometimento da cadeia do nervo espinhal especialmente do sub digastrico principal que se apresenta com o volume de uma noz. Diagnostico: Cancer da base da lingua com metastases cervicaes. Operado a 6 de maio foi praticado o esvaziamento ganglionar total do pescoço; ressecção do externo cleido mastoideo, da jugular externa, anterior e interna, extirpação da glandula submaxillar esquerda; ligadura da carotida externa em consequencia das adherencias existente entre esse vaso e a maça tumoral. Momentos após o termino da operação o doente apresentou disturbios na coordenação respiratoria, ou seja um rithmo periodico, o syndrome de Cheyne Stokes. Para corrigir esse estado foi iniciada uma therapeutica energica: lobelina de 4 em 4 horas, soro glycosado hypertonico, digipuratum, soro gommado; durante 18 horas foi praticada a respiração artificial por compressão rithmada do thorax nos periodos de apnéa retomando o paciente, no fim desse tempo, o seu rithmo respiratorio normal. O A. examina a seguir as causas provaveis da installação do rithmo de



Cheyne Stokes nesse doente, dividindo-as em 3 grupos: causas mechanicas, choque e hemorragia e causas toxicas. E' de opinião que são responsaveis por esse ritmo, principalmente os factores toxicos, agentes anesthesicos. A respiração de Cheyne Stokes está incluída em um grupo de perturbações respiratorias chamado respiração periodica; a respiração periodica é tida como signal de morte imminente. A respiração de Cheyne Stokes caracteriza-se por uma pausa de apnéa a que se seguem movimentos respiratorios que se iniciam com excursões apenas perceptíveis, augmentam progressivamente de amplitude, attingem o maximo e declinam até cessar num periodo de apnéa cuja duração vai de alguns segundos a um minuto e mais. Estuda a seguir as alterações do coração no ritmo de Cheyne Stokes.

Conclusões: 1) é possível que a respiração artificial por compressão rithmada do thorax, feita nos periodos de apnéa, tenha effeito coadjuvante na recuperação do ritmo normal, na respiração de Cheyne Stokes. 2) Deve-se ter muito cuidado ao estabelecer o prognostico de ritmo de Cheyne Stokes, pois, apesar de geralmente sombrio, poderá não ser fatal.

**Discussão.** — O dr. Jayme Rodrigues cumprimenta o A. pelo brilhantismo de seu trabalho; é de opinião que o edema cerebral causado pelas ligaduras de vasos do pescoço, seria o responsavel pelo ritmo de Cheyne Stokes. Tem uma doente que teve embolia cerebral, com ritmo de Cheyne Stokes; ora a ligadura da carotida deve, com muito maior razão, causar esse syndrome.

O dr. Eurico Branco Ribeiro agradece ao A. pela apresentação do trabalho e salienta o valor da persistencia na therapeutica desses casos.

### OSTEOSYNTHESE COM TENDÃO DE CANGURU'.

— DR. EURICO BRANCO RIBEIRO.

— O melhor tratamento de fracturas é a redução incurrenta; ha casos porém, em que esta não é possível, necessitando-se, então, recorrer á redução cruenta, que póde ser feita por varios processos. Até a pouco tempo eram empregados apenas os materiaes não reabsorvíveis, que apresentavam a inconveniencia de requerer nova intervenção para serem retirados. Passou-se depois a empregar materiaes reabsorvíveis nesses casos: o tendão de cangurú e o cat-gut, aquelle em casos de factura em que os fragmentos soffrem grandes tracções e este quando as forças que tendem a desviar os fragmentos não são tão intensas. A pelle é suturada com cat-gut e o membro gessado, não sendo necessario janella no aparelho. O unico inconveniente é o affluxo de liquidos no local para reabsorção do material, formando-se uma collecção de serosidade no foco de fractura que ás vezes tende a se esvasiar para fóra. São apresentadas radiographias de fracturas do femur e humero reduzidas com tendão de cangurú e do radio e cubito com cat-gut.

**Discussão.** — O dr. Francisco Finocchiaro lembra o emprego dos Raios X para apressar o desaparecimento da collecção de serosidade do foco.

O dr. Jayme Rodrigues diz ter empregado o tendão de cangurú na osteosynthese de fractura da clavícula, com optimos resultados.



## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 14 DE MARÇO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITTO

### DOSAGEM DO COLESTEROL SANGUINEO COMO PROVA DE IDENTIFICAÇÃO.

(nota prévia). — Drs. MANUEL PEREIRA e HENRIQUE TASTALDI. — Os AA. iniciaram a exposição do seu trabalho fazendo um estudo geral sobre o colesterolo, referindo-se á sua existencia e origem no organismo, bem como á sua extracção e dosagem. Em seguida, mostraram a amplitude de colesterolemia normal e relataram a constancia individual della. Depois detiveram-se demoradamente no resultado de suas pesquisas, methodo de dosagem empregado, terminando por dizer que traziam á medicina legal mais um subsidio de identificação, de origem biochimica. Por fim, os AA. communicáram, tambem, o inicio de um trabalho, já em andamento, o de associar-se á dosagem do colesterol sanguineo a da uréa e acido urico, com o fim de, possivelmente, estabelecer-se uma tripode biochimica de maior valor para a identificação medico-legal.

### DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO DAS LESÕES MEDULARES POR PROJECTIL DE ARMA DE FOGO. — Prof.

FLAMINIO FAVERO e DR. ARNALDO AMADO FERREIRA. — Os AA., em inicio, mostraram a raridade de taes ferimentos, pois, no Instituto Oscar Freire, desde a sua fundação até hoje, seis casos foram observados, sendo um pelo professor Oscar Freire. Chamarão a attenção dos presentes para a gravidade desse genero de ferimento, porque, os individuos atingidos na medulla, perecem num prazo mais ou menos dilatado da data do ferimento. Focalisaram depois os quatro grupos de symptomas mais observados — a paraplegia, as perturbações sensitivas, rectaes e viscaes e as perturbações trophicas e as complicações que acarretam a morte dos pacientes. Do ponto de vista medico-legal, esses ferimentos devem ser tidos como mortaes.

## Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 12 DE MARÇO

Presidente : DR. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA

### TABES E LEPRO NERVOSA.

— DR. OSWALDO DE FREITAS JULLÃO. — Foram observados 2 doentes. O primeiro, um caso de lepra tuberculoide, confirmado pela histologia, algum tempo depois de internado no hospital, apresentou perturbações na marcha, dores fulgurantes no epigastro, bem como outros signaes de tabes. O exame do liquor confirmou o diagnostico clinico de tabes, não

havendo duvida quanto a concomitancia das duas molestias. O doente da 2.ª observação tambem apresentou symptomas clinicos de tabes, mas sem a confirmação do laboratorio. Fazendo o diagnostico differencial, o autor conclue pela concomitancia das duas molestias, sem affastar, entretanto, a hypothese dessas perturbações nervosas correrem por conta da lepra.

**CLASSIFICAÇÃO E NOTACÃO DOS CASOS DA LEPRO.**

— DR. MANUEL DE ABREU. — O autor passa em revista as classificações mais conhecidas, fazendo a respectiva critica. Dá a seguir uma classificação clinico-

epidemiologica adoptada no Asylo-Colonia Santo Angelo. De accôrdo com sua classificação, em qualquer momento, é possível, num doente, estabelecer a forma clinica da molestia, bem como sua evolução.

**Sociedade de Ophtalmologia**

SESSÃO DE 14 DE MARÇO

Presidente : DR. AURELIANO FONSECA

**EXAMES OCULARES NOS CANDIDATOS A AERONAUTICA.** — DR. BORGES DIAS. — O autor explica as provas ophtalmologicas que são feitas no Serviço Medico da Aeronautica Civil, em candidatos a tripulante das aeronaves civis; acuidade visual, provas phorometricas, angulo de convergencia, capacidade de divergencia, percepção das cores, percepção de relevo, campo visual, visão de profundidade e senso luminoso. Todas ellas foram discutidas e expostas com muita precisão e clareza. Em seguida, o dr. Cyro de Rezende referiu-se elogiosamente ao conferencista, mostrando-se bastante satisfeito por saber da existencia de um gabinete de ophtalmolo-

gia no Departamento da Aeronautica Civil.

**CONJUNTIVITE PRIMAVERIL.** — DR. AURELIANO FONSECA. — Apresenta o autor uma estatistica de 17 casos verificados em um total de 38.479 doentes dos olhos, matriculados na Clinica de Olhos da Faculdade de Medicina e Santa Casa. Constatou ainda a frequente predominancia desses casos entre pessoas do sexo masculino e nas edades pré-escolar e escolar, attingindo os brasileiros em sua totalidade, sendo, porém, alguns doentes filhos de italianos. Quanto á côr, notou maior frequencia entre os brancos, seguindo-se os pretos e pardos.

**LITTERATURA MEDICA****Livros recebidos**

**Emergency Surgery** — HAMILTON BAILEY, 3.<sup>a</sup> edição, John Wright & Sons, (Colston Ave.) Bristol, 1938.

Ao rever a sua obra para a 3.<sup>a</sup> edição que os meios medicos ingleses estavam reclamando, o A. escreveu de novo varios capitulos, fazendo acrescimos que os progressos da cirurgia exigiam, muito embora a 2.<sup>a</sup> edição datas-

se de 1936. Ficou, assim, completamente actualizada a obra. Para nós, que estamos mais acostumados a ler livros franceses, italianos, espanhóis e norte-americanos, é deveras interessante conhecer como age o inglês em questões de cirurgia de urgencia, onde a conducta amadurecida na escola da pratica deve ser posta á prova com decisão prompta. Minucias

de technica não usadas pelos latinos e pelos norte-americanos são executados com proveito pelos britannicos, sendo util a sua divulgação. Dessa forma, alem de ser um livro moderno, é tambem, um livro muito interessante e muito util. As mais variadas condições de urgencia são apreciadas de uma maneira clara e sucinta. O volume contém cerca de 850 paginas com 816 illustrações, muitas das quaes a cores. Preço, 50 shillings.

**Regimen alimenticio en las enfermedades del hígado y de las vias biliares** — CESAR CARDINI, El Ateneo (Florida, 371) Buenos Aires, 1937.

O A. é professor adjunto de Therapeutica na Faculdade de Medicina de Buenos Aires e dedicou-se ás questões de regimen alimentar, tendo publicado interessantes trabalhos sobre varios aspectos da sua especialização. Assim, em 1935 poz a lume um livro sobre cozinha dietetica nas molestias do aparelho digestivo; em 1937 outro volume sobre cozinha dietetica nas curas de emagrecimento; em 1936 um livro sobre regimen alimentar nas doenças cardiacas, arteriaes e renaes; em 1937, já em 3.<sup>a</sup> edição, num volume de 350 paginas, ainda outro livro sobre regimen alimentar nas molestias do estomago e intestino. Agora, reúne á serie o volume intitulado "Regimen alimenticio en las enfermedades del ligado y de las vias biliares", num total de 352 paginas. Trata-se de um excellente guia para o medico e para o cirurgião, não só porque discute a propriedade da prescripção á luz dos modernos conhecimentos da physiopathologia, como porque encara a dietetica sob um prisma sul-americano, lançando mão dos recursos alimentares do nosso continente, portanto para doentes que aqui vivem. O presente volume está fadado a larga divulgação em nosso paiz.

**Trieze coupes horizontales du thorax** — HOVELACQUE, MONOD e EVRARD, Librairie Maloine (27, rue de l'Ecole de Médecine), Paris, 1938.

Trata-se de um atlas em formato 56×38 cm. de 13 planchas e 13 decalques com legendas, feito em papel chromotypo, mediante lithographia de desenhos de Arnould Moreaux em tamanho natural. E' o complemento da "anatomia do thorax", que os autores haviam annuciado nessa obra. Trata-se de um atlas para cirurgiões e anatomistas. Treze cortes horizontaes do thorax foram desenhados com escopo cirurgico, pensadamente, num esforço de intelligencia e não com olhos de photographo, durante meses e meses de trabalho paciente e meticoloso. A topographia exacta dos órgãos internos é referida com relação aos diferentes pontos de reparo da parede thoracica, permitindo reconhecer zonas pulmonares de exploração clinica ou radiologica difficil. Dessa forma, o atlas é um guia precioso para todas as operações de cirurgia thoracica. O volume custa 175 francos.

**La mucosa gastro-duodenale negli stati normali e patologici** — VIRGILIO DALL'ACQUA, Minerva Medica (Via Martiri Fasseisti, 15), Turim, 1933.

O A. apresenta um interessante e muito documentado estudo sobre a mucosa gastro-duodenal nos estados normaes e pathologicos. Depois de encarar o assumpto de uma forma geral, entra na apreciação do methodo radiologico, que elege para firmar as suas conclusões. Documentando o trabalho com 212 excellentes radiographias, apanhadas com aprimorada technica, após um largo traquejo da especialidade, o A. poude expender considerações fundamentadas não só sobre a maneira de executar a exploração radiologica, como tambem sobre a interpretação nem sempre facil das imagens obtidas. Os estados pathologicos são estudados com carinho, donde o grande interesse

da obra tanto para os radiologistas como para os clínicos e cirurgiões. A apresentação material do livro é de primeira ordem. O volume contém 204 páginas e custa 50 libras.

**Cutaneous cancer and precancer** — GEORGE MACKEE e ANTHONY CIPOLLARO, *Am. Jour. of Cancer*, Nova York, 1937.

Proseguindo na orientação de divulgar os melhores trabalhos sobre o cancer, o *American Journal of Cancer* acaba de editar mais uma importante obra, contendo a contribuição de dois grandes dermatologistas norte-americanos para o melhor conhecimento das formas cutâneas da molestia. A idéia que predominou na confecção da presente obra foi a redução da mortalidade pelo cancer acessível, através de uma propagação melhor orientada do conceito do precancer, com a enunciação clara dos symptomas prodromicos e a recomendação incisiva de medidas prophylacticas. Assim o livro não é feito só para os dermatologistas, mas para todos os clínicos e principalmente para estes, a quem, no geral, cabe a primasia de encaminhar os primeiros passos do cliente. As questões do diagnostico differencial acham-se explanadas com muita precisão. O volume, que contém 222 páginas, está illustrado com 245 excellentes gravuras.

**Anthropologia criminal.** — LEONIDIO RIBEIRO, Imprensa Nacional, Rio, 1937.

O prof. Leonidio Ribeiro, que recebeu em 1933 o Premio Lombroso, realizou em 1937 uma viagem scientifica á Europa, tendo oportunidade de realizar em Portugal e na França, sobre assumptos estudados no Instituto de Identificação e no Laboratorio de Biologia Infantil, do Rio de Janeiro, que elle dirige com grande proveito. Voltando ao Brasil, reuniu em volume não só as conferencias realizadas, como os trabalhos apresentados a Congressos medicos nessa viagem e os dis-

courses feitos sobre a sua destacada personalidade. Trata-se de uma collectanea de importantes estudos de anthropologia criminal, formando mais um volume para accrescer a já vultuosa lista de livros que o A. tem publicado. O livro contém 98 páginas, com numerosas illustrações.

**Memorias laureadas** — HELION POVOA, *Jornal do Commercio*, Rio, 1936.

O Laboratorio de Biologia Clinica reuniu em volume e está distribuindo a serie de valiosas monographias da autoria do seu Director e premiadas pela Academia Nacional de Medicina. São nada menos de seis excellentes trabalhos, que muito honram a actividade profissional do A. Eilos, por ordem de inclusão no volume: "Calciopexia solar", "Synthese organica da vitamina D", "Pathogenia da anemia nas verminoses, especialmente na ancylostomose", "Mecanismo de acção do methodo brasileiro de tratamento dos aneurysmas", "Hypervitaminose D" e "Tratamento das anemias pelo fígado". O volume foi cuidadosamente confeccionado, e contém 284 páginas.

**Neumotorax previo em cirurgia toracica** — JOSE ARCE, Separata de Bol. del Instituto de Clinica Quirurgica, Buenos Aires, 1937.

O illustre cirurgião argentino que os brasileiros tão bem conhecem e muito admiram reuniu em um volume de 124 páginas as separatas dos excellentes trabalhos que publicou no Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica sobre o pneumothorax previo em cirurgia thoracica. O assumpto despertou largo debate nas sociedades sabias de Buenos Aires e a conducta de Arce mereceu os applausos da maioria dos cirurgiões. A contribuição do A. é uma das mais valiosas em cirurgia do thorax.

**Der Rheumatismus**; — R. JÜRGENS, Theodor Steinkopf, Dresden e Leipzig, 1938.

A casa editora Theodor Steinkopff (Dresden e Leipzig) vem de iniciar a publicação de uma série de monografias sob o título generico de "O Reumatismo", monographias destinadas a formar verdadeira bibliotheca sobre as doenças reumaticas, estudadas em todos os seus aspectos e prisms por varios autores especialisados no assumpto, mas a direcção geral confiada ao Prof. R. Jüngers da Universidade de Berlim.

O primeiro volume, 100 páginas e 11 gravuras, é da autoria de P. Kohler (Bad Elster) e dedicado ao tratamento do reumatismo pelo exercicio ("Übungstherapie bei rheumatischen Erkrankungen"). Em varios capitulos aborda successivamente: introdução (fins e campo da therapeutica pelo exercicio, contraindicações e fundamentos); physiologia do movimento (ossos, articulações, tecidos de sustentação, musculos, systema nervoso); methodos de tratamento pelo exercicio (repouso articular, movimentação passiva e ativa em suas varias modalidades, aparelhos de contenção, prothese, elongação, etc., massagens, electrotherapia, etc.); gymnastica em geral (correção de defeitos, attitude, typos de exercicios, effeito sobre circulação, gymnastica respiratoria, etc.); combinação de

tratamentos; indicações especiaes formulario de exercicios (nos principaes casos clinicos).

O segundo volume, 78 paginas e 6 gravuras, da autoria de A. Slauck (Aachen) versa a analyse clinica dos reumatismos infecciosos ("Anleitung zur klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus"), abordando successivamente: as technicas clinicas de exame, o reumatismo articular agudo, a analyse clinica dos reumatismos infecciosos, as bases cientificas da clinica do reumatismo, a sistematização pratica usada em Aachen, o coração e a circulação nos reumaticos, a questão da allergia e o reumatismo, a therapeutica anti-focal, conclusões e observações.

Editados ambos os volumes em 1938, condensando o que há de mais moderno a respeito, e frutos de longa especialização, é a sua leitura do mais alto interesse para todos os medicos, estes sempre ás voltas com os variegados e frequentemente obscuros quadros de afecções reumaticas.

Na mesma coleção aparecem já annunciadas 19 outras monografias tambem sobre reumatismos, a serem publicadas gradativamente dentro em pouco. — M. C.

## Separata e folhetos recebidos

A proposito de uma prioridade em reinfusão de sangue — HECTOR SANTOS, Revista de Gynecologia e d'Obstetricia, Rio, XXXI, outubro de 1937.

Prophylaxie de la cécité au cours de la lepre — S. VALLE. Archives d'Ophtalmologie, Paris, I, outubro de 1937.

O anaveneno crotalico em ophthalmologia — SERGIO VALLE, Revista Brasileira de Leprologia, S. Paulo, V, dezembro de 1937.

Comment et a qui distribuer de la chaux au congo? — RO-

BERT DUMONT, Revue de Medicine et d'Hygiene Tropicale de Paris, março-abril de 1937.

Série de cinq articles ayant trait à des constatations d'ordre medical faites en 1931-32 dans le congo belge — ROBERT DUMONT, Bruxelles, 1937.

Resultado da malarioterapia na atrofia do nervo optico devida a lues — PAULINO W. LONGO, Arquivos do Instituto Penido Burnier, Campinas, 1937.

Aumento da diurese pela associação de Decholin aos diureticos



**mercuriaes** — BRUNO ZANDER, O Hospital, Rio, outubro de 1937.

**Novo methodo para o diagnostico da gravidez** — O. RODRIGUES LIMA, JORGE RE REZENDE e CLAUDIO GOULART DE ANDRADE, Revista de Gynecologia e d'Obstetricia, Rio, XXXI, junho de 1937.

**Sobre as artrites gonococicas** — AMERICO VALERIO, Imprensa Medica, Rio, 15 de novembro de 1936.

**A case of congenital cystic disease of the lung removed by operation** — HOLMES SELLORS, 138 Harley Street, Londres.

**Surgical treatment of angina pectoris** — DANIEL T. DAVIES, H. E. MANELL e LAURENCE SHAUGHNESSY, The Lancet, Londres, 1 janeiro de 1938.

**Amiloidosis cutanea primitiva** — ISMAEL FERRER e JESUS GOVANTES, Vida Nueva, Havana, 15 de abril de 1937.

**Preliminary report on tooth movement after loss of the first permanent molar in 500 adolescents** — J. A. SALZMANN, International Journal of Orthodontia and oral Surgery, St. Louis, XXIII julho 1937.

## IMPrensa Medica Paulista

### Summario dos ultimos numeros

**Anaes do Instituto Pinheiros**, I, 1-63, janeiro 1938. — Vacinação antirabica — Eduardo Vaz; Vacinação BCG — Eduardo Vaz.

**Archivos de Biologia**, XXII, 1-28, janeiro 1938. — De uma nova "Tunetella" de uma tartaruga do Brasil — A. Carini; Elmeria maboia n. sp. parasita do intestino do Mabuja maboia — A. Carini.

**Archivos do Instituto Biologico**, VIII, 1-322, 1937 — Novas especies de coccideos (Homoptera) do Brasil — Adolph Hempel; Sobre a pretendida relação entre a "Arteriosclerose hyperplastica das cobayas" e a hypovitaminose C — J. R. Meyer, A. Pamplona e P. Bueno; Artefactos de fixação simulando "Arteriosclerose hyperplastica" em cobayas — J. R. Meyer; A bróca do algodoeiro do Brasil — E. J. Hambleton; Influencia da agitação sobre o desenvolvimento das culturas bacterianas — O. Bier e N. Planet; A encephalo-

myelitis infecciosa dos Equideos no Brasil — V. Carneiro; Dados Ecologicos sobre ovos e nymphas hexapodas de "Boophilus Microplus" — C. Pereira; Estudos sobre o carbunculo — O. Bier, N. Planet e V. Grieco; Estudos sobre Carbunculo — O. Bier & M. Rocha e Silva; Protoxydação do soro por meio da eosina — M. Rocha e Silva; Sobre o reconhecimento de portadores na cholera aviaria e a persistencia da "Pasteurella avicida" nesses animais — P. Nobrega e J. Reis; Contribuição ao estudo da peste dos "Polmões" — A. M. Penha; Novas especies de Sphaceloma sobre Terminalia e Genipe — A. A. Bittencourt; O aparecimento de Phlyctaenodes bifidialis como praga do algodoeiro no Brasil — H. F. G. Sauer; Sobre um virus tripathogenico de bouba de canario — J. Reis e P. Nobrega; Rhaditis hambletoni n. sp. Nema aparentemente semiparasita da "broca do algodoeiro" — C. Pereira; Contribuição para o conhecimento dos Membracideos neotropicos



— J. P. da Fonseca; O novo genero diaspineo "Costalimaspis" com tres especies novas — H. S. Lepage; *Platyedra gossypiella* na floração dos algodoeiros — E. J. Hambleton; Sobre os onychophoros — E. Marcus; Orchidaceas do herbario geral do Museu Goeldi, Belém do Pará — F. C. Hoehne; A' margem do tratado de Ornithopathologia — J. Reis e P. Nobrega; Diagnostico da gravidez na egua — M. Rocha e Silva & E. Trapp; Relação das doenças e fungos parasitas observados na secção de Phytopatologia durante os annos 1935 e 1936 — A. A. Bittencourt.

**Boletim do Serviço Medico-Legal**, II, 1-160, junho 1937 — Traumatismo e tumores — João de Souza Aranha; Da desclasseificação das lesões deformatoria pelo concurso da cirurgia plastica — J. Rébello Neto; Sobre alguns casos de morte subita por hipertrofia do timus — Ernesto Lopes Jr.; De um suposto envenenamento — V. Valentino; Pericia medico-legal feita no esqueleto de um nati-morto exhumado — Curado Fleury; Pericardite traumatica — Azambuja Neves; A sobrevivencia em dois casos de lesões do coração — Juvenal Hudson Ferreira; Curioso trajeto de uma bala em um caso de homicidio — Americo Marcondes.

**Revista da Associação Paulista de Medicina**, XII, 1-88,

janeiro 1938. — A tuberculose nos escolares de S. Paulo — Adherbal Tolosa e Carlos Gama; Tentativa de homicidio explicada como uma "acção de circuito" — E. de Aguiar Whitaker; Considerações clinicas em torno de um caso de achondroplasia parcial — Armando Valente e Licio Hoepfner Dutra.

**Revista Clinica de S. Paulo**, III, 40-80, fevereiro 1938 — Kystos aereos do pulmão — R. de Paula Souza.

**Revista Odontologica Brasileira**, XXV, 547-558, novembro-dezembro 1937. — O embaixador da cultura e mentalidade da Classe Odontologica Paulista — L. C. Pannain; Odontologia-legal e esthetica-facial — Luiz Silva; A Odontologia nos Leprosarios — Ruy W. Tibiriçá; Medicina Social — Tuberculose — Joaquim Gomes dos Reis Jr.; Syphilis buccal — Luiz Stamatis; Porque nem todos têm dentes brancos — Eurico da Silva Mattos; Palestras Odontologicas — Tarboux Quintella.

**Revista Paulista de Tisiologia**, III, 465-592, novembro-dezembro 1937. — Tuberculose e contagio — Emile Sergent; Acidentes e complicações da operação de Jacobaeus — J. Octavio Nebias, B. J. Fleury de Oliveira e João Grieco; A vacinação BCG — José Rosenberg.

## VIDA MEDICA PAULISTA

### Faculdade de Medicina de S. Paulo

#### Concursos para livre-docencia.

— Realisou-se, no dia 11 de março no amphitheatro de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, perante um publico composto de medicos, professores, advogados, estudantes de medicina e innu-

meras senhoras, a prova didactica de Gynecologia, que encerrava o concurso dessa materia instituido pela Faculdade.

Foram classificados os candidatos, professor José Medina e os drs. Vicente Felix Queiroz e Paulo de Godoy que percorreram

sobre o thema "Evolução Genital da Mulher. Puberdade e Climaterio", ponto sorteado na vespere da realisação da prova.

Cerca de 20 horas, o professor Flaminio Favero deu a palavra ao candidato dr. Vicente Felix Queiroz, que em sua preleção, se demorou particularmente na explanação das duas phases que caracterisam a evolução genital feminina. No periodo do menacne estuda as varias oportunidades morbidas ligadas a essa phase e, por outro lado, apresenta essa mesma phase como o momento de sublimação da mulher dos pontos de vista physico e espiritual, culminando com o seu objectivo maximo; a maternidade. Estuda a gestação nas suas diversas phases: inicial, segunda metade, parto, e o desencadeamento da lactação considerando detalhadamente cada uma dellas como resultante do antagonismo entre os dois importantes hormônios sexuaes: a folliculina, hormônio da feminilidade, e a luteína, hormônio da maternidade.

Na occasião do parto, destaca a importancia do hormônio do lobo posterior da hypophyse, a ocitocina e na lactação, a prolactina.

Abordando o climaterio, apresenta um schema original das interdependencias glandulares, e estuda as varias dyscrinias consequentes á falta da actividade ovariana.

Estuda o climaterio normal e pathologico e neste ultimo ponto de vista, trata da prophylaxia dos tumores malignos do aparelho genital da mulher.

Finalizando, trata do periodo final da evolução feminina — a senilidade.

Durante toda a sua preleção, o dr. V. Felix de Queiroz focalisa as variações da affectividade feminina durante todos os periodos da evolução sexual.

A preleção do dr. V. Felix de Queiroz foi illustrada com pranchas por elle proprio executadas e que gentilmente cedeu aos demais concorrentes.

Esgotados os 60 minutos regulamentares, terminou o dr. Vicente Felix Queiroz, que foi applaudido e felicitado pela numerosa assistencia que enchia completamente o amphitheatro de Medicina Legal, onde se realisava a prova.

Depois de um pequeno descanso de 15 minutos, o professor Flaminio Favero, ás 9 horas e meia, deu a palavra ao professor José Medina, que começou a sua dissertação por um apanhado geral da evolução genital da mulher, discorrendo sobre as phases da vida feminina, demorando-se no exame das causas que determinam a definição do sexo, these que lhe merece uma grande attenção e em cujo estudo cita diversos autores e suas theorias. Detem-se, depois, no estudo dos chromosomas, das perturbações da esphera genital e das transformações physicas e psychicas dos dois sexos. Discute diversas theorias sobre os hormônios de crescimento e hypophysiarios, demorando-se no exame da moderna doutrina sobre a menstruação. Termina a sua exposição, com referencia á evolução da mulher na terceira phase, sob diversos aspectos.

Uma vibrante e demorada salva de palmas corôou as ultimas palavras do sr. José Medina, que foi abraçado e cumprimentado por amigos e admiradores.

O dr. Paulo de Godoy dá inicio á sua preleção, ás 10 horas e 45, depois de um pequeno descanso entre as provas.

Deteve-se, a principio, na comprehensão da figura da mulher, passando depois a tratar dos hormônios, os quaes filiou de forma segura á evolução genital feminina. Estuda, então, essa evolução, citando, a proposito, autores e theorias. Depois de uma série de considerações scientificas sobre a materia, abordou as gynecopathias, entrando no estudo do climaterio e os seus phenomenos, na explicação dos quaes foi surpreendido pelo esgotamento da hora.

O candidato foi, tambem, vivamente felicitado pela assistencia.

A comissão julgadora do concurso, reunida depois das 24 horas, approvou todos os candidatos, que com grande brilho conquistaram a livre docencia de Gynecologia, merecendo, todos, os mais vivos applausos pela forma com que explanaram a these sorteada.

Concluíram-se, no dia 13 de março, as provas do concurso de Oto-Rhyno-Laryngologia, ao qual concorreram os drs. Raphael da Nova e José Freire de Mattos Barreto.

A's 9 horas, no amphitheatro de Medicina Legal da Faculdade, o dr. Raphael da Nova iniciou a sua prelecção, perante numerosa assistencia, discorrendo sobre o thema sorteado na vespera "Tumores Malignos e Benignos das Fossas Nasales".

O dr. Raphael da Nova tratou da materia revelando solida cultura scientifica especialisada a materia.

O dr. José Freire de Matos Barreto, que principiou a sua dissertação depois do descanso regulamentar, tambem impressionou favoravelmente a assistencia e a comissão julgadora, demonstrando suas qualidades de oto-rhyno-laryngologista.

Os dois candidatos, que foram approvados pela comissão julgadora para exercer a livre-docencia daquella especialidade, mereceram repetidos applausos do numero publico de professores e estudantes que assistiu ás provas.

**Nomeações.** — Foram nomeados assistentes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os srs. drs.: Gabriel Martins Botelho, actual segundo assistente da 10.<sup>a</sup> cadeira (Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental), para exercer o cargo de primeiro assistente da mesma cadeira; Nicolau de Moraes Barros Filho, actual terceiro assistente da 10.<sup>a</sup> cadeira (Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental), para exercer o cargo de segundo assistente da mesma cadeira; Edgard Pinto de Souza e Arnaldo Pedroso Filho, para exercerem os cargos de segundo e terceiro assistentes, respectivamente, da 10.<sup>a</sup> cadeira (Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental); Jayme Lima de Moraes, para exercer o cargo de terceiro assistente da 14.<sup>a</sup> cadeira (Clinica Medica — 5.<sup>o</sup> anno — Medicina Geral e Pathologica Medica); Euryelides de Jesus Zerbini e Jorge Zaidan, para exercerem os cargos de segundo e terceiro assistentes, respectivamente, da 16.<sup>a</sup> cadeira (Clinica Cirurgica — 4.<sup>o</sup> anno — Propedeutica e Pathologia Cirurgica); Cyro de Barros Rezende e Paulo Braga de Magalhães, para exercerem os cargos de primeiro e terceiro assistentes, respectivamente, da 25.<sup>a</sup> cadeira (Clinica Ophtalmologica); Carlos de Moraes Barros, para exercer o cargo de segundo assistente da 27.<sup>a</sup> cadeira (Clinica Urologica).

## Escola Paulista de Medicina

**Novo director.** — O prof. Octavio de Carvalho, director da Escola Paulista de Medicina, resolveu deixar aquelle cargo, dirigindo-se nesse sentido á Congregação do referido estabelecimento de ensino superior. E' a seguinte a carta enviada pelo dr. Octavio de Carvalho:

"São Paulo, 12 de março de 1938. A' douta Congregação da Escola Paulista de Medicina — Ca-

pital — Prezados e illustres colegas — Serve a presente para comunicar a v. exas. a inabalavel resolução que tomei de abandonar definitivamente a Escola Paulista de Medicina, pedindo a minha demissão, não só do cargo de director da Escola, como tambem de professor cathedratice da primeira cadeira de Clinica Medica.

Dispensome de explicar a v. exas. os motivos de minha reso-

lução, de v. exas. sobejamente conhecidos e que, aliás, já são do dominio publico. Certo de que v. exas., honrando as tradições da Escola Paulista de Medicina, saberão manter o seu nome, á altura a que foi elevado, cumprindo as obrigações moraes e materiaes. que em seu nome e com a sciencia de v. exas. assumi, faço votos pela crescente prosperidade do grande e promissor estabelecimento de ensino, e aproveito a oppor-

tunidade para, despedindo-me da sua illustrada Congregação, subcrever-me com a devida consideração. De v. exas. atto, colga. obdo. — (a) Dr. Octavio de Carvalho”.

Acceptando a demissão do cargo de director, mas negando a do cargo de professor, a Congregação elegeu para presidir os destinos da Escola o prof. A. Lemos Torres, que foi logo empossado.

## NOTAS THERAPEUTICAS

### Lymphangite endemica

**Ensaio de tratamento pelo benzyl - amino - benzeno - sulfamida** (1) P. BERNY e E. GIPPET — Bull. de 1.<sup>a</sup> Soc. de Pathologie Exotique, t. XXX, n.<sup>o</sup> 13 de outubro de 1937.

Nas Antilhas e na Guyana Franceza, a lymphangite endemica é verdadeira molestia social.

Em certos individuos, periodicamente se produzem crises dolorosas, quer após pequena arranhadura, quer sem existir minima causa denunciavel.

Innumeras e variadas têm sido as medicações experimentadas contra essa affecção. Todas falharam ou só deram resultados inconstantes.

Um desses Autores (Berny) experimentou a septazine em lymphangiticos. Ante os primeiros resultados favoraveis, um outro delles (Gippet) usou o mesmo producto em seu serviço no hospital civil de Cayenna. Ambos obtiveram resultados bastantes animadores, pois a septazine deteve todos os accessos de lymphangite, fez abortar varios outros, pare-

cendo mesmo ter tido, um certo numero de casos, acção inhibitora perante as crises seguintes.

A seguir, são relatadas, succintamente, 12 observações.

Concluindo, os AA. dizem que se a septazine não tem acção curativa certa ante a lymphangite endemica, tem ella, porém, acção preventiva. Seu uso merece, pois, ser divulgado visto que, fazendo desaparecer os signaes objectivos e subjectivos de uma crise de lymphangite, ella evitará o apparecimento de uma provavel elephantiasis.

Com effeito, sabe-se hoje que se as filarioses predispõem para a elephantiasis, visto as filarias diminuirem a resistencia do aparelho lymphatico e facilitarem as infecções, é, comtudo, a intervenção de uma infecção microbiana que verdadeiramente gosa papel preponderante na genese da elephantiasis (Guiart).

Inferese, portanto, o grande alcance pratico do uso da septazine em taes casos, dada a sua conhecida acção especifica contra os coccos em geral.

(1) Septasine.

**NEO-HEPAN — figado injectavel**

—  
la  
3-  
3-  
3.  
r-  
—  
3  
3-  
4-  
3  
).

—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—